

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: 5341009 Všeobecná sestra

Ošetřovatelské hodnocení

Nursing evaluation

Petra Lenerová

2014

Bakalářská práce

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Lenerová**
Osobní číslo: **Z13000165**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetrovatelské hodnocení**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu:

1. Zjistit, jaké hodnoticí škály používají všeobecné sestry na vybraných pracovištích.
2. Zjistit, zda ošetrovatelská dokumentace obsahuje základní hodnoticí škály- záznam hodnocení kognitivních funkcí, test soběstačnosti pacienta, záznam hodnocení rizika dekubitů, záznam hodnocení bolesti.
3. Zjistit, zda lékaři při své práci s pacientem nahlíží do ošetrovatelské dokumentace a využívají záznamy hodnotících škál daného oddělení.

Teoretická východiska:

Ošetrovatelské hodnocení umožňuje, abychom mohli identifikovat specifické problémy nemocného a potřeby ošetrovatelské péče. Zajišťuje, že ošetrovatelská péče je ušitá na míru každého pacienta. Kvalita ošetrovatelského procesu závisí na dovedném a citlivém zhodnocení požadavků na ošetrovatelskou péči u daného pacienta. Čím vhodnější informace sestra o nemocném získá, tím lepší a individuálnější přístup může volit v jednání s ním a zejména při vlastní ošetrovatelské péči.

(NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ 2005 . České ošetrovatelství 4, Jak provádět ošetrovatelský proces , s.5) Ošetrovatelské hodnocení je podkladem pro zjišťování, k jakému zlepšení u pacienta došlo a jak je třeba upravit další plán.

(NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ 2005 . České ošetrovatelství 4, Jak provádět ošetrovatelský proces , s.6)

VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY:

1. Používání hodnotících škál se liší dle daného pracoviště. (Handrejchová I. 2011, JCU České Budějovice, B.P. - Hodnoticí škály jako součást ošetrovatelské dokumentace, s.24)
2. Ošetrovatelská dokumentace obsahuje základní hodnoticí škály-test soběstačnosti pacienta, záznam hodnocení rizika dekubitů, záznam hodnocení bolesti. (MASTILIAKOVÁ D. 2005. Úvod do ošetrovatelství, s.123/124)
3. Lékaři, pracující na daných odděleních, využívají při své práci záznamy v ošetrovatelské dokumentaci a nahlíží do výsledků hodnotících škál pacientů. (Vondráček, Wirthová 2008 , Sestra a její dokumentce , s.14)

Metoda výzkumu: Kvantitativní

Technika výzkumu:

1. Dotazník pro všeobecné sestry.
2. Dotazník pro ošetřující lékaře.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Marie Froňková

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

12. září 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2014

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús

rektor



Mgr. Marie Froňková

pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 18. listopadu 2013

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- 1.ALLEN, MOYRA 1977. Evaluation of educational programmes in nursing, monografie, Geneva:WHO 1977. 67 s., MDT 616-083
- 2.ARCHALOUSOVÁ A.2003. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů, NUCLEUS HK 2003. 104s. , č.1 , ISBN 80-86225-33-X.
- 3.BARTOŠ A. A KOLEKTIV. Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi, Karolinum 2004, 240 s., ISBN: 80-246-0921-5
- 4.ROKYTA R. A KOLEKTIV. Bolest a jak s ní zacházet, 184 s., 2009, ISBN:978-80-247-3012-7
- 5.ČAS 2004. Vedení ošetrovatelské dokumentace, dostupné na internetu-<http://www.cnaa.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
- 6.E-UNIVERZITA, KURZ „Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi, 2008
- 7.FENDRYCHOVÁ J. Hodnotící metodiky v neonatologii, INSTITUT PRO DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ 2004, 87 s. , ISBN-10: 80-7013-405-4
- 8.HEUVEL,W.J.A. VAN DEN. Evaluation of changes in healthcare in Europe: the consumers perspective,University of Groningen ,Northern Centre for Health Care Research 1999. 190 s., ISBN 80-86257-11-8
- 9.KOHOUT P. Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů/SV III., FORSAPI, 2012, 57s.
- 10.KOLEKTIV AUTORŮ. Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z ,Grada Publishing a.s. 2002. 392 s.,ISBN 80-247-0278-9.
- 11.KUTNOHORSKÁ J. Výzkum v ošetrovatelství, Grada Publishing a.s.2009. 176 s. , č. 1 , ISBN 978-80-247-2713-4
- 12.MAREČKOVÁ J. Ošetrovatelské diagnózy v Nanda Doménách, Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1399
- 13.MASTILIAKOVÁ D. Úvod do ošetrovatelství I.,Univerzita Karlova v Praze-Nakladatelství Karolinum 2005. 187s., č. 1, ISBN 80-246-0429-9.
- 14.MZČR. Standardy ošetrovatelské péče, Vedení ošetrovatelské dokumentace viz.příloha č.4, 2004
- 15.MZČR. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb., dostupné na http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html
- 16.NCO NZO. České ošetrovatelství 4, Jak provádět ošetrovatelský proces, Ediční řada-Praktické příručky pro sestry,ISBN 57-861-99,66 s.,č.1.
- 17.NOVÁK F. Nutriční propedeutika, dostupné na internetu-www.wikiskripta.eu/index.php/Nutriční_propedeutika.
- 18.Ošetrovatelství-dostupné na http://vnl.xf.cz/ose/ose-abc_vedomi.php
- 19.PLEVOVÁ I. A KOLEKTIV Ošetrovatelství II.,Grada Publishing a.s.2011, ISBN 978-80-247-3558-8
- 20.POLICAR R. Zdravotnická dokumentace v praxi, Grada Publishing a.s. 2009. 223 s., ISBN 978-80-247-6702-4
- 21.SAK 2012. Akreditační standardy pro nemocnice, Standard „Aplikace metody ošetrovatelského procesu do ošetrovatelské praxe
- 22.SEŠTRA 2011, Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče, dostupné na [www. zdn.cz/archiv](http://www.zdn.cz/archiv)
- 23.TRACHTOVÁ A KOLEKTIV Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2005.
- 24.ÚZIS. Pohledy na zdravotnictví v České republice, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2001. 36 s., dostupné na internetu

U. Handrejchová I. 2011, JCU České Budějovice, B.P. - Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace, s.24

Studentka
Petra LENEROVÁ
Z13000165
Maršála Koněva 1681
288 02 NYMBURK

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 5. listopadu 2013
č.j.: 13/8515/045527-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2013, zaevidované pod č.j.: 13/8515/045527-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Ošetrovatelské hodnocení“ pod novým osobním číslem Z13000165. Termín odevzdání bakalářské práce je dle předchozího vyjádření do 30. 6. 2014.

Toto zadání bakalářské práce je nutné vložit do IS/STAG pod novým osobním číslem a podepsaný formulář odevzdat na studijním oddělení.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



ŽÁDOST

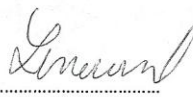
č.j.: 19/8515/045527-01

Jméno: PETRA LENEROVÁ
Ročník: I. Osobní číslo: 713000165 Datum narození: 13. 8. 1987
Studijní obor: Všeobecná sestra Prezenční studium* Kombinované studium*
Adresa trvalého bydliště: MARSALA KONĚVA 1681 NÝMBURK 28802
Adresa určená pro doručování: -
Číslo telefonu: 774/573121 E-mail: petra.leny@centrum.cz

Odůvodnění

Žádám o posouzení k maturitní bakalářské práci
z důvodu přítomného nastupu ke studiu.
Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

v Nymburce 24/10 13
datum


podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDŘENÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

1. 11. 2013





Rozhodnutí rektora:



Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

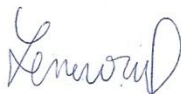
Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 16. 11. 2013

Podpis:



Poděkování :

Poděkování patří vedoucí mé práce Mgr. Froňkové Marii za ochotu, cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

Dále chci velmi poděkovat svému partnerovi a mé rodině, za trpělivost a vstřícnost, kterou mi v tomto období poskytli.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Petra Lenerová

Instituce: Ústav zdravotnických studií

Název práce: Ošetrovatelské hodnocení

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Počet stran: 87

Počet příloh: 72

Rok obhajoby: 2014

Souhrn:

Předmětem této bakalářské práce je ošetrovatelské hodnocení zaměřené na využívání hodnoticích škál. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část seznamuje s pojmem ošetrovatelské hodnocení, jeho způsoby, druhy a podmínkami v českém zdravotnictví a popisuje konkrétní ošetrovatelské hodnoticí škály používané v České republice.

Ve výzkumné části je provedeno dotazníkové šetření na interních a chirurgických lůžkových odděleních.

Cílem výzkumné části je prokázat znalosti všeobecných sester v oblasti ošetrovatelských hodnoticích škál a schopnost sester tyto škály využít, zjistit úroveň ošetrovatelských dokumentací a úroveň praxe ošetřujících lékařů s ošetrovatelskou dokumentací a ošetrovatelskými hodnoticími škálami.

Výzkumná část zároveň zkoumá osobní zájem všeobecných sester a ošetřujících lékařů o ošetrovatelské hodnoticí škály.

Klíčová slova: ošetrovatelské hodnocení, hodnoticí škály, ošetrovatelská dokumentace, všeobecné sestry, ošetřující lékaři

Annotation

Name and surname: Petra Lenerová

Institution: Ústav zdravotnických studií

Title: Nursing evaluation

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Pages: 87

Apendix: 72

Year: 2014

Summary:

The subject of this bachelor thesis is nursing assessment focused on the use of value scales.

The work is divided into two parts. The theoretical part introduces the concept of nursing assessment, its methods, types and conditions in the Czech health care and describes the nursing assessment scales used in the Czech republic.

The research is conducted survey on internal and surgical wards.

The aim of the research is to demonstrate knowledge of nurses in nursing assessment scales and the ability of nurses to use this range, check the level of nursing documentation and level of experience attending physicians with nursing documentation and nursing evaluation scales.

The research section also presents a personal interest of nurses and attending physicians to nursing assessment offered for scores.

Key words: nursing assessment, rating scales, nursing documentation, nurses, attending doctor

Seznam použitých zkratk

ČAS- Česká asociace sester

VAS-Vizuální analogová škála

CRIES- Crying requires increased expression sleepless

GDS- Global Deterioration Scale

FAQ- Functional activities questionnaire

ADHD- Attention Deficit Hyperactivity Syndrome-Hyperaktivita

MMSE- Mini Mental State Exam

GCS- Glasgow Coma Scale

TRTS- Triage Revised Trauma Score

KRS- Koma Remission Skala

MEES- Mainz Emergency Evaluation Score

ADL- Aktivita daily living

TVS- Test vývoje soběstačnosti

IDAL-Test instrumentálních denních činností

MRS- Modified Rankin Scale

CMP- Cévní mozková příhoda

BMI- Body mass index

MNA – SF- Mini – Nutritional Assessment – Short Form

NRS- Nutritional Risk Screening

GIT- Gastrointestinální trakt

CNS-Centrální nervový systém

IIEF- International Index of Erectile Function

CVI- Chronická venózní insuficience

NYHA- New York Heart Association

WHO- World Health Organisation

FTND- Fagerströmův test závislosti na nikotinu

DM-Diabetes mellitus

SOFA- Sepsis Related Organ Failure Assesment

VoZD- Vyhláška o zdravotnické dokumentaci

MZČR- Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OBSAH PRÁCE

1. ÚVOD.....	3
2. VÝZNAM OŠETŘOVATELSKÉHO HODNOCENÍ	5
2.1. KRITÉRIA OŠETŘOVATELSKÉHO HODNOCENÍ	5
3. HODNOTICÍ ŠKÁLY	7
3.1. HODNOCENÍ BOLESTI	7
1.1.1. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ BOLESTI	8
3.1.1. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ BOLESTI U DĚTSKÝCH PACIENTŮ	9
3.2. HODNOCENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ, PSYCHIKY, DEMENCE A VĚDOMÍ	10
3.2.1. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ DEMENCE	11
3.2.2. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ PSYCHIKY	12
3.2.3. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ	13
3.2.4. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ VĚDOMÍ	14
3.3.1. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI A ZVLÁDÁNÍ BĚŽNÝCH DENNÍCH AKTIVIT.....	16
3.4. HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ	18
3.4.1. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ.....	19
3.4.2. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ JIŽ VZNIKLÝCH DEKUBITŮ.....	20
3.5. HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU	21
3.5.1. ŠKÁLY HODNOTÍCÍ NUTRIČNÍ STAV	23
3.6. DALŠÍ MOŽNOSTI HODNOTICÍCH ŠKÁL PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI.....	23
3.6.1. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU	24
3.6.2. ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ RIZIK V OBLASTI DÝCHÁNÍ	24
3.6.3. ŠKÁLY POSUZUJÍCÍ ODCHYLKY ČI MÍRU PATOLOGIE V SOUVISLOSTI SE SOMATICKÝM STAVEM PACIENTA ČI ŽIVOTNÍ FUNKCE.....	25
4. ZÁSADY POZOROVÁNÍ PACIENTA PŘI OŠETŘOVATELSKÉM HODNOCENÍ.....	27
5. ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM PŘI OŠETŘOVATELSKÉM HODNOCENÍ.....	28
6. ZVLÁŠTNOSTI OŠETŘOVATELSKÉHO HODNOCENÍ PACIENTŮ.....	29
6.1. PACIENTI S PORUCHAMI SLUCHU	29
6.2. PACIENTI S PORUCHAMI ZRAKU	29
6.3. PACIENTI S PORUCHAMI ŘEČI.....	30

7.	OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE.....	31
7.1.	NÁLEŽITOSTI ZDRAVOTNICKÉ A OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE.....	31
8.	VÝZKUMNÁ ČÁST	33
8.1.	CÍLE VÝZKUMU.....	33
8.2.	HYPOTÉZY	33
9.	METODIKA VÝZKUMU.....	34
9.1.	POUŽITÉ METODY	34
9.2.	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	34
9.3.	METODIKA PRÁCE.....	35
10.	ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
10.1.	Analýza výsledků – všeobecné sestry.....	37
10.2.	Analýza výsledků – ošetřující lékaři.....	58
11.	POTVRZENÍ HYPOTÉZ	66
12.	DISKUZE	67
12.1.	NÁVRH OPATŘENÍ	76
13.	ZÁVĚR.....	78
14.	SEZNAM DOPURUČENÉ LITERATURY	80
15.	SEZNAM TABULEK	85
16.	SEZNAM GRAFŮ	85
17.	SEZNAM PŘÍLOH.....	86

1. Úvod

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelské hodnocení, které představuje metody využívané v ošetrovatelské praxi pro hodnocení pacientů všeobecnými sestrami. Bakalářská práce poskytuje přehled zásad a kritérií ošetrovatelského hodnocení a jednotlivých metod, které pomáhají všeobecným sestrám ke zhodnocení stavu pacientů a jejich potřeb. Téma jsem si zvolila v rámci svého zájmu získat přehled o základních hodnoticích škálách používaných v ošetrovatelské praxi a jejich využití. Hodnocení pacienta je nejdůležitější částí ošetrovatelského procesu a každá sestra by měla mít přehled o základních metodách, škálách a systémech hodnocení pacientů. Cílem práce je zjistit, jaký je znalostní přehled všeobecných sester v našem zdravotnictví a osobní zájem na důkladném hodnocení pacientů, které usnadňuje péči nejen z hlediska pacienta, ale také nám sestrám.

Zaměřila jsem se na ošetrovatelské hodnocení pomocí hodnoticích škál. V České republice jsou stále více využívány ke zhodnocování pacientů. Hodnoticí škály patří mezi základní znalosti každé všeobecné sestry, která poskytuje ošetrovatelskou péči. Některé z uvedených škál jsou u nás často užívané a známé, jiné jsou užívané méně nebo pouze na specifických odděleních zdravotnických zařízení. Bakalářská práce zároveň ověřuje, jaká je úroveň znalostí všeobecných sester v použití těchto škál v ošetrovatelské praxi na standardních lůžkových odděleních.

Hodnoticí škály se rozdělují podle oblastí, které vyhodnocují. V českém ošetrovatelství se nejčastěji setkáme se škálami pro hodnocení bolesti, hodnocení kognitivních funkcí, vědomí, psychiky, škálami pro hodnocení soběstačnosti pacienta nebo škálami pro hodnocení rizik. Mezi hlavní rizika hodnotitelná škálami patří riziko vzniku dekubitů, rizika v oblasti dýchání, rizika pádů a řada dalších komplikujících stav pacienta a ošetrovatelskou péči. Ve své práci jsem se zaměřila na škály pro hodnocení bolesti, hodnocení kognitivních funkcí, psychiky, demence a vědomí, škály hodnotící nutriční stav a škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů.

Informace získané při ošetrovatelském hodnocení a výsledky hodnoticích škál by měly být vždy zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace. V bakalářské práci jsou uvedeny náležitosti ošetrovatelské dokumentace dle Vyhlášky o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb., vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR. Protože

ošetřovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace, se kterou pracují lékaři, zahrnula jsem mezi cíle svého výzkumu zjistit, zda lékaři při své práci s pacientem nahlíží do ošetřovatelské dokumentace a využívají záznamy hodnoticích škál daného oddělení.

V rámci vypracování mé bakalářské práce jsem absolvovala kurz „Hodnoticí a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi“, dostupný na webových stránkách E-univerzity pro celoživotní vzdělávání online. E-Univerzita - Lifelong learning online je vzdělávací instituce poskytující odborné kvalifikace nelékařským zdravotnickým pracovníkům nejen České republiky. Autorka kurzu PhDr. Bc. Dita Vlasáková je interní auditor normy ISO 9001 a auditor a konzultant Spojené akreditační komise České republiky a je členem ČAS. Cílem kurzu je přinést blíže k ošetřovatelské praxi objektivní metodiky, které mohou zlepšit kvalitu poskytované ošetřovatelské péče, kurz poskytuje přehled základních ošetřovatelských metodik, skórování, kvalifikační škály, dotazníky a měřicí techniky, způsob jejich použití v ošetřovatelské praxi. Znalosti získané absolvováním kurzu ohodnocené certifikátem jsou přínosem pro mou praxi a pomohly mi při vypracování mé bakalářské práce.

2. Význam ošetrovatelského hodnocení

Ošetrovatelské hodnocení zahrnuje činnosti, které všeobecné sestry používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb pacientů, ke stanovení ošetrovatelských problémů nebo-li diagnóz, následnému plánování ošetrovatelské péče, její realizaci a na konec k vyhodnocení efektivity poskytnuté péče. Všechny tyto fáze se nazývají ošetrovatelský proces. Ošetrovatelské hodnocení nám tedy umožňuje realizaci ošetrovatelského procesu a poskytuje nám potřebné informace k sestavení individuálního ošetrovatelského plánu, jehož cílem je odstranění nebo zmírnění problémů pacienta. (38, 39)

2.1. Kritéria ošetrovatelského hodnocení

„Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry a při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného“.

„Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí biopsychosociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů“. (TRACHTOVÁ E. A KOLEKTIV 2005, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 9)

Holismus a holistický přístup jsou termíny odvozené od řeckého slova, které znamená celek. Všeobecná sestra by měla pacienta hodnotit jako celek, ne sledovat pouze jednu postiženou oblast a měla by uspokojovat pacientovy individuální potřeby. (31)

Dle toho, kdy ošetrovatelské hodnocení vykonáváme, se dělí na vstupní, průběžné a závěrečné. Všeobecná sestra by měla zhodnotit individuální potřeby nemocného do 24 hodin od jeho přijetí. Nejdříve hodnotí aktuální stav a dle potřeby poskytuje neodkladnou péči, pokračuje zjištěním anamnestických údajů, které získá ze zdravotnické dokumentace, rozhovorem s pacientem nebo od rodiny či blízkých osob. Dále se zaměřuje na objektivní a subjektivní příznaky a problémy pacienta, které opět hodnotí pomocí rozhovoru, pozorováním, fyzikálním screeningem, posouzením funkční schopnosti, psychického stavu a posouzením sociální oblasti spolu se spirituálními potřebami nebo může také provést vyšetření právě užitím testů a škál,

případně dotazníků. Všechny získané informace všeobecná sestra zaznamenává do ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace, v písemné nebo elektronické formě. (14, 30)

Na základě anamnestických údajů získaných ošetrovatelským hodnocením všeobecná sestra provádí ošetrovatelskou diagnostiku. Analýzou poznatků stanoví a formuluje aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, které seřadí podle priorit zdravotního stavu pacienta. Stanovené diagnózy jsou východiskem pro sestavení ošetrovatelského plánu a musí se také dokumentovat v ošetrovatelské dokumentaci. (9, 30)

Při ošetrovatelském hodnocení a sestavování ošetrovatelského plánu si všeobecná sestra ke každé ošetrovatelské diagnóze stanoví reálné očekávané cíle/výsledky, které musí mít měřitelná a hodnotitelná kritéria. K tomu může využít standardy ošetrovatelských postupů daného zdravotnického zařízení. (18, 34)

Ošetrovatelské hodnocení všeobecná sestra průběžně opakuje během ošetrovatelského procesu a zaznamenává. Sleduje aktuální změny zdravotního stavu pacienta, jeho reakce na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Dle výsledků při opakovaném ošetrovatelském hodnocení a porovnávání zdravotního stavu provede všeobecná sestra dle potřeby doplnění či přepracování ošetrovatelského plánu. Zhodnocení požadovaných výsledků provádí tedy k předem naplánovanému datu, a nebo při jakékoliv změně zdravotního stavu pacienta. (1, 13, 30)

Postup ošetrovatelského hodnocení a sestavování ošetrovatelského plánu je ovlivněno aktuálním stavem pacienta. Všeobecná sestra je schopna na základě získaných vědomostí a dovedností samostatně zhodnotit aktuální zdravotní stav pacienta, poskytnout mu ošetrovatelskou péči dle jeho individuálních potřeb a dle výsledku svého zhodnocení pak spolupracuje s lékaři a ostatními členy zdravotnického týmu. Spolupráce mezi sestrou, pacientem a ostatními členy zdravotnického týmu je základním kritériem pro kvalitní ošetrovatelské hodnocení. (13, 30)

3. HODNOTICÍ ŠKÁLY

Hodnoticí škály jsou nástroje, pomocí kterých můžeme hodnotit pacienta dle jeho aktuálního zdravotního a celkového stavu. Škály mohou být ve formě různých tabulek, dotazníků nebo stupnic. Každá škála nám poskytuje určitý výsledek, který můžeme získat na základě vybraných testem určených odpovědí, nebo například bodovým ohodnocením.

V českém ošetrovatelství se hodnoticí škály používají teprve v posledních letech. Všeobecné sestry byly zvyklé pouze plnit ordinace lékaře, sledovat základní fyziologické funkce a techniky zaměřené na sledování a hodnocení specifických parametrů se postupně učí používat. Základní oblasti, které se hodnotí pomocí hodnoticích škál, jsou psychický stav pacienta, sem patří také kognitivní funkce, intelekt/demence, stav vědomí a orientace pacienta. Dalšími základními oblastmi jsou bolest, soběstačnost, nutriční stav a rizika ke vzniku různých komplikací v závislosti na ošetrovatelské diagnóze.

Díky skórovacím systémům může všeobecná sestra lépe umět identifikovat potřeby pacienta a případně vzniklé deficity, následně může pak sestavit individuální ošetrovatelský plán pro daného pacienta, který bude obsahovat konkrétní cílené ošetrovatelské intervence. (36)

3.1. Hodnocení bolesti

„V dnešním moderním ošetrovatelství se stále více začínají využívat techniky měření a hodnocení prostřednictvím sofistikovaných škál a dotazníků. Přínosem v praxi je jejich objektivita, přesnost a využití teoretických vědomostí, což ve velké míře pozitivně přispívá ke zkvalitňování a zvládnutí léčby bolesti a poskytuje komplexní pohled na pacienta z holistického pohledu.“ (BÍREŠOVÁ E., SESTRA 07-08 2011, s. 38)

Hodnocení bolesti označujeme jako alometrii nebo dolorimetrii. Hodnocení je náročné jak z odborného hlediska rozlišení bolesti, tak z hlediska psychologického a etického přístupu k pacientovi. Již při prvním kontaktu s pacientem při získávání anamnézy je potřebný uklidňující přístup ze strany sestry k pacientovi. Všeobecná sestra by měla pacientovi dát najevo svůj zájem a snahu pomoci. Primárně musí sestra zjistit, o jaký typ bolesti jde, co ji vyvolává, co ji ovlivňuje, jakou má intenzitu a charakter. Základní dělení bolesti je na akutní a chronickou. Potřebnou anamnézu bolesti sestra získává pomocí rozhovoru, pozorováním pacienta a fyzikálním

vyšetřením. Dále může sestra využít různé dotazníky, ale také hodnoticí a měřicí škály. Pro hodnocení bolesti nelze stanovit jednotný postup, sestra musí vždy volit individuální přístup dle celkového aktuálního zdravotního stavu pacienta. (24, 31, 39)

Všeobecná sestra by měla znát základní terminologii, ale hlavně slovní výrazy a neverbální projevy, které pacienti nejčastěji využívají pro popis bolesti. Bolest je příznak hodnotitelný nepřímo z verbálních nebo neverbálních projevů pacienta. (25)

Nejčastěji využívanou hodnoticí škálou pro bolest je ve zdravotnických zařízeních ČR vizuální analogová škála (VAS), která se vyskytuje v různých modifikacích. VAS je škála pro verbální i neverbální hodnocení bolesti. Dále se používají škály verbální, pro pacienty, kteří mohou slovně popsat svou bolest.(30).

Mimo hodnoticích škál jsou v praxi u nás velmi využívanou metodou mapy bolesti, určené k lokalizaci i několika typů bolesti na různých místech těla pacienta. Typy bolesti se v mapách mohou lišit například grafickými znaky nebo barevně. Dalšími možnostmi záznamu bolesti je například průběžný záznam monitorování bolesti, krátký inventář bolesti, záznam sebemonitorace bolesti, průběžný záznam managementu bolesti nebo monitorování účinnosti analgetik. (24)

1.1.1. Škály pro hodnocení bolesti

Vizuální analogová škála (VAS) (Příloha č.3 Vizuální analogové škály) poskytuje základní informace o intenzitě bolesti, kterou nám pacient popisuje. Tato škála má několik modifikací, které se liší druhem úsečky nebo například použitím barev. Nejčastěji používanou úsečkou je horizontální úsečka, která zleva značí žádnou bolest (0) a na pravém konci nejvyšší bolest (10). Úsečka většinou měří deset centimetrů. Někdy se tato škála podobá teploměru, což je možnost vhodná pro děti, které si tak snadněji představí zesilování bolesti. VAS se může využít k hodnocení bolesti již u dětí na základě výrazů obličeje. (10, 31)

U dětí se používá v kombinaci s barevnou analogovou škálou, která je v nejužší části geometrického útvaru (trojúhelník) vyplněna nejslabším odstínem barvy a označuje se jako „žádná bolest“. „Maximum bolesti“ je vyjádřeno nejširší částí kresby s nejintenzivnější barevnou výplní. (24)

Numerická škála (Příloha č.4 Numerická škála) se využívá v praxi nejčastěji k dlouhodobému posuzování bolesti pacienty, a to proto, že ji lze využít nejen k posouzení intenzity bolesti, ale také k vyjádření změny v průběhu léčby. Numerická škála bývá znázorněna úsečkou, která na levém okraji znamená žádnou bolest a na pravém bolest maximální. (36)

McGill stupnice (dle Melzacka) (Příloha č.5 Denní záznam bolesti podle Melzacka), je dotazník, který je rozdělen do 20 skupin. Pomocí dotazníku lze diagnostikovat tři dimenze bolesti - senzorickou, emoční a hodnoticí, která určuje charakter bolesti. Jeho součástí je vizuální analogová škála a verbální posouzení bolesti pacientem. Výsledky dotazníku lze skórovat, kdy se na základě údajů zjištěných dotazníkem vypočítává sumární index bolesti. Ten sestra získá při součtu hodnot získaných podle výběru klíčových slov charakterizujících bolest. Indexů bolesti může být několik. Protože je tento dotazník náročný, využívá se spíše jeho krátká verze, která obsahuje jen 15 deskriptorů, nebo-li klíčových slov pro hodnocení bolesti. (10)

3.1.1. Škály pro hodnocení bolesti u dětských pacientů

Škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale) (Příloha č.6 Škála obličejů bolesti) znázorňuje výrazy obličejů od stavu pohody až po výraz nejvyššího utrpení. Používá se nejčastěji u malých dětí, které nejsou ještě přesně schopny vyjádřit svou bolest slovně nebo číslem. Využít lze také u geriatrických pacientů. Na této škále vybere sám pacient nebo všeobecná sestra dle předlohy obličeje, který nejlépe zachycuje výraz způsobený bolestí. (10, 14, 31)

CRIES (Neonatal Postoperative Pain Score) (Příloha č.7 Neonatal Postoperative Pain Score) je škála, která se zabývá hodnocením pooperační bolesti u novorozenců. Umožňuje objektivně dokumentovat novorozenecké reakce, ordinovat vhodnou terapii a ošetrovatelské postupy. Tato škála hodnotí pláč, požadavek kyslíku pro dosažení saturace větší než 95 %, zvýšené vitální funkce, výraz tváře a nespavost. (36)

DAN scale (Příloha č.8 DAN Scale) hodnotí akutní bolest v neonatologii. Všeobecná sestra sleduje výraz tváře, pohyby končetin a hlasové projevy

u neinkubovaného dítěte. Škála má rozmezí 0 až 10 bodů, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 bolest maximální. (36)

FLACC Scale (Příloha č.9 FLACC Scale) je škála, která se používá k posouzení intenzity bolesti u dětí od 2 měsíců do 7 let. Bolest se zde hodnotí pomocí výrazů obličeje, činnosti nohou, aktivity, pláče a utěšitelnosti. Sestra zde uděluje body podle známek chování při bolesti. (36)

Sledování projevů bolesti u dítěte – modifikace Sparhotta (Příloha č.10 Sledování projevů bolesti u dítěte – modifikace Sparhotta) je škála pro hodnocení projevů bolesti u dětí. Sestra zde hodnotí stav tváře dítěte, jeho pohyby a barvu v důsledku bolesti a skóruje každou oblast od 0 do 3. Dále se hodnotí mimické projevy v obličeji dítěte a sleduje se podávání analgetik, prováděné výkony a jejich délka nebo nasycení kyslíkem. (34)

3.2.Hodnocení kognitivních funkcí, psychiky, demence a vědomí

Pro kvalitní ošetrovatelskou péči musí všeobecná sestra hodnotit pacienta nejen po stránce somatické, ale i po mentální a psychické.

Je několik druhů hodnoticích škál, které jsou určené pro různé typy pacientů dle jejich stavu. Pomocí těchto škál lze hodnotit například vědomí, orientaci nebo paměť nemocného. (34)

Do této oblasti patří zejména hodnocení demence. Demence je závažná mozková choroba zapříčiněná degenerativními změnami v mozkové tkáni, která vede k řadě rozličných chorobných procesů a poškození, z nichž nejčastěji hodnotíme Alzheimerovu chorobu. Tato choroba je neurodegenerativní onemocnění, které vede ve svých pokročilých stádiích až k naprosté ztrátě soběstačnosti. U pacientů s demencí dochází k poškození rozumových schopností a změnám osobnosti, bývá poškozena paměť, časoprostorová orientace. Postiženy jsou také kognitivní funkce jako je pozornost, schopnost komunikace, abstraktní myšlení nebo rozpoznávací funkce. Mohou se také objevovat příznaky psychózy. Všechny tyto symptomy by měla všeobecná sestra znát a pozorovat je. Pro hodnocení demence existují specifické hodnoticí a měřicí škály. (36)

Další hodnoticí oblastí jsou pacienti, nejčastěji po úrazech či akutní stavy jako je například cévní mozková příhoda nebo akutní infarkt myokardu. U těchto pacientů hodnotíme stav vědomí, popřípadě bezvědomí. Nemocný s poruchou vědomí vyžaduje vysoce specializovanou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Poruchy vědomí se rozdělují na kvalitativní a kvantitativní.

Škály posuzující kvalitu nebo kvantitu vědomí se používají nejčastěji v přednemocniční, neodkladné nebo intenzivní péči. K rychlému orientačnímu posouzení hloubky vědomí slouží Glasgow Coma Scale, posuzující kvantitativní poruchy vědomí. Slouží ale pouze k hrubému odhadu stavu pacienta, proto byly vyvinuty škály s jemnějším, podrobnějším hodnocením. Příkladem je Stupnice podle Drábka, která je modifikací Benešovy klasifikace, která se dnes už nepoužívá.

K hodnocení slouží mnoho jednoduchých i složitějších postupů, které lze využít a které by měla všeobecná sestra znát. Měla by mít přehled o základních hodnoticích škálách v této oblasti a jejich použití. (36)

3.2.1. Škály pro hodnocení demence

Škála celkové deteriorace podle Reisberga – Global Deterioration Scale (Příloha č.11 Škála celkové deteriorace podle Reisberga) umožňuje posoudit závažnost demence. Pro přiřazení pacienta k jednotlivému stupni škály je potřeba zajistit informace nejen od pacienta, ale i jeho rodinných příslušníků a upřesnit si je dle charakteristiky jednotlivých stupňů škály. Tuto škálu sestavil lékař, psychiatr a profesor Newyorské lékařské univerzity Barry Reisberg. Jeho škála je určena pro pacienty s Alzheimerovou nebo jinou demencí. (36)

Dotazník pro funkční hodnocení pacienta – Functional activities questionnaire (Příloha č.12 Dotazník pro funkční hodnocení pacienta) je škála, která hodnotí soběstačnost pacienta neboli míru závislosti v provádění běžných denních aktivit a zároveň nám pomáhá diagnostikovat funkční postižení svědčící pro demenci. Toto postižení je pravděpodobné u pacienta, který v testu získá 9 a více bodů. (36)

3.2.2. Škály pro hodnocení psychiky

Stupnice hodnocení psychického zdraví (Příloha č.13 Stupnice hodnocení psychického zdraví) hodnotí skóre souhlasu s odpověďmi na otázky, které se zabývají pocity, obavami, třesem rukou, slabostí svalů, spánkem, sociálními kontakty, spokojeností pacienta se svým životem. Pokud pacient uvede více jak 6 souhlasných odpovědí, je pravděpodobné, že je ohrožen poruchou psychického zdraví. Tuto stupnici vytvořil Savage a Briton a modifikoval Kolibiáš a spol. (36)

Škála deprese pro geriatrické pacienty – Geriatric depression scale (Příloha č.14 Škála deprese pro geriatrické pacienty – Geriatric depression scale) je základní opatření pro screening deprese u starších dospělých. Sestavil ji americký psycholog Jerome Yesavage. Škála obsahuje 15 otázek, na které lze odpovídat „ano“ nebo „ne“. Původní verze tohoto testu, která se už dnes nepoužívá, obsahovala 30 otázek. Pokud je součet bodů za otázky vyšší než 10, lze usoudit, že pacient vyžaduje odbornou pomoc. Stupnice bývá součástí komplexního geriatrického vyšetření. (36)

Ischemické skóre podle Hachinského (Příloha č.15 Ischemické skóre podle Hachinského) je škála, která se používá k odlišení demence při Alzheimerově nemoci od demence vaskulárního původu. Škála hodnotí celkem 13 kritérií, čím vyšší je bodové skóre, tím vyšší je pravděpodobnost, že se jedná o ischemický původ demence. Pokud pacient získá mezi 0 – 4 body, jedná se pravděpodobně o Alzheimerovu demenci. Vaskulární demence má na rozdíl od Alzheimerovy demence náhlý začátek. (36)

Beckova sebesposuzovací stupnice deprese (Příloha č.16 Beckova sebesposuzovací stupnice deprese) slouží k vyhodnocení celkové míry deprese formou dotazníku, který umožňuje porovnat, jak se mění intenzita deprese v průběhu doby a její jednotlivé příznaky. Dotazník obsahuje několik tvrzení, které je třeba nejdříve přečíst a poté zvolit to, které pacienta charakterizuje nejlépe. Posuzuje 13 oblastí, které jsou ovlivněny lidskou psychikou, jako například náladu, pocit viny nebo vlastní vzhled. Oblasti jsou bodově ohodnoceny, skóre vyšší jak 25 bodů značí těžkou depresi. (36)

Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu podle Gainda) (Příloha č.17 Zkrácený mentální bodovací test) je screeningová škála, která slouží k hodnocení psychického stavu pacienta pomocí 9 jednoduchých otázek. Zjišťujeme zde orientaci pacienta osobou, místem i časem, všeobecnou orientaci a početní operace.

Za správnou odpověď pacient získá 1 bod, kdy bodové ohodnocení menší 7 bodů svědčí o zmatenosti pacienta. (32)

Diagnostická kritéria hyperaktivního dítěte podle DSM III-R (Příloha č.18 Diagnostická kritéria hyperaktivního dítěte podle DSM III-R) je škála pro diagnostiku syndromu hyperaktivity u dětí. Ve škále se posuzuje 14 příznaků, které značí o hyperaktivitě. O ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Syndrome-*Hyperaktivita*) lze mluvit, pokud má dítě ve věku 3 – 5 let více než 10 z uvedených příznaků, dítě mezi 6 – 12 lety má 8 a více uvedených příznaků, a nebo dítě, ve věku 13 – 18 let má šest a více těchto příznaků. (36)

3.2.3. Škály pro hodnocení kognitivních funkcí

Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam) tzv. Folsteinův test (Příloha č.19 Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE) slouží ke zjištění kognitivního deficitu, resp. k určení stupně demence. Pacient může v tomto testu dosáhnout maximálně 30 bodů, které hodnotí různé úkoly z oblasti orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, vybavnosti paměti nebo pojmenování obecně známých předmětů a další. Z výsledků MMSE vychází také indikace léčby Alzheimerovy choroby. Tento test pro hodnocení demence je relativně spolehlivým a často využívaným testem. Test publikoval v roce 1975 M. F. Folstein a u nás modifikovala E. Topinková a A. Melannová. (34)

Test nakreslení hodin (clock drawing test) (Příloha č.20 Test kreslení hodin) je zaměřen na kognitivní funkce. Pacient je vyzván, aby nakreslil hodinový ciferník s čísly a ručičkami a vyznačil na něm určitý časový údaj. Hodnotí se pak celistvost nakreslení ciferníku, správné nastavení ručiček a správné vyznačení číslic. Tyto požadavky jsou bodově hodnoceny, zdravý člověk skóruje celkem 10 body naopak 7 bodů a méně znamená pravděpodobně organické mozkové postižení. Tento jednoduchý test modifikovala E. Topinková. (36)

3.2.4. Škály pro hodnocení vědomí

Glasgowské skórovací schéma-GCS (Glasgow Coma Scale) (Příloha č.21 Glasgow Coma Scale) je škála sloužící k posouzení kvantitativní poruchy vědomí. Všeobecná sestra pracující na jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko - resuscitačním oddělení je schopna pomocí této škály zhodnotit stav pacientova vědomí. Ta vyšetřuje stav vědomí u nestabilního pacienta každých 5 – 10 minut, u stabilního pacienta provádí vyšetření po 4 hodinách. Hodnotí se motorická a verbální odpověď pacienta, otevírání očí. Existuje také *Pediatrické GCS* (Příloha č.22 *Pediatrické Glasgow Coma Scale*), které hodnotí otevírání očí, nejlepší motorickou odpověď a nejlepší odpověď na slovní a vizuální stimuly. Dalším typem GCS je *Glasgowská výstupní škála*, která slouží k posouzení stavu pacientů po poškození mozku, ta se používá v mezinárodních klinických studiích. (2)

Drábkova škála (Příloha č.23 *Drábkova škála*) je stupnice, která je modifikací Benešovy klasifikace. Tato škála je uspořádána do jednotlivých kategorií podle prohlubující se poruchy vědomí. U pacienta hodnotíme reakci na slovní výzvu, reakci na bolestivý podnět při rudimentární korové aktivitě nebo při absenci jakékoli korové aktivity. (2)

TRTS (Triage Revised Trauma Score) (Příloha č.24 *Triage Revised Trauma Score*) slouží především k přednemocničnímu třídění raněných. Posuzují se vitální parametry jako je počet dechů, systolický krevní tlak a Glasgow Coma Score. Pacienti jsou tříděni do třech traumatologických skupin, skupiny odloženého ošetření, skupiny bezprostředního ošetření a skupiny II. stupně naléhavosti. Mohou získat 0 – 12 bodů, kdy 12 je fyziologický stav a náleží T3, skóre 10 a méně spadá pod T3. (36)

Škála komatózního stavu - KRS (Koma Remission Skala) (Příloha č. 25 *Škála komatózního stavu*) slouží k posouzení hladiny vědomí u pacientů s těžkými poruchami vědomí. Čím více bodů pacient získá, tím lepší je jeho stav. Hodnotí se probuditelnost, pohybová odpověď, reakce na akustické podráždění, vizuální podnět, taktilní podnět a slovně pohybová odpověď. Test trvá 15 – 20 minut. (32)

MEES (Mainz Emergency Evaluation Score) (Příloha č.26 *Mainz Emergency Evaluation Score* (MEES)) je škála, která se využívá k určení přednemocničních intervencí. Součástí škály je hodnocení Glasgow Coma Score, srdeční a dechové frekvence, srdečního rytmu, bolesti, krevního tlaku a saturace periferní krve. Čím vyšší

je bodové ohodnocení, čím lepší je stav pacienta. Pacient může získat 7 až 28 bodů. Tato škála má bohužel složitý výpočet. (36)

Hodnocení vědomí - Schéma Beneš/Zvěřina (Příloha č.27 Hodnocení vědomí – „Schéma Beneš/Zvěřina“) je škála pro posouzení stavu vědomí, která hodnotí dvě oblasti. První oblastí je reakce na bolestivý podnět jako je štípanec nebo píchnutí jehlou, zde může pacient získat 0 – 4 body. Druhou oblastí je reakce na slovo, odpovědí může být vyhovění jednoduché slovní výzvě či vyhovění několika výzvám za sebou. Zde může pacient získat 5 – 8 bodů. Maximum je 8 bodů, kdy pacient je orientovaný místem i časem. (2, 36)

ABC Hodnocení vědomí (Příloha č.28 ABC Hodnocení vědomí) je škála k posouzení stavu vědomí pacienta, s kterým buď lze slovně komunikovat nebo reaguje jen na bolestivý podnět, a nebo je v komatu a úplně u něho vyhasíná reflexní činnost. Podle toho, do jakého stupně poruchy vědomí pacient spadá, hodnotíme další znaky související se stavem. (2)

3.3.Hodnocení soběstačnosti pacienta a zvládání běžných denních aktivit

Soběstačnost znamená samostatnost pacienta při vykonávání denních aktivit. Zde posuzujeme míru soběstačnosti nebo naopak závislosti na pomoci druhé osoby. Aktivita denního života jsou běžné denní činnosti, mezi které patří hygiena, oblékání, výživa nebo vyprazdňování. Tyto aktivity vlastně odpovídají základním biologickým potřebám každého člověka. Novorozenci a kojenci jsou ve zvládání svých potřeb zcela závislí na matce a s ontogenetickým vývojem se tato závislost postupně mění v nezávislost a tedy soběstačnost a samostatnost jedince. Zdravý člověk tyto aktivity zvládá vykonávat sám bez pomoci druhých. Ve stáří opět přichází dle zdravotního stavu závislost člověka na pomoci druhých.

Biologické potřeby člověka jsou součástí Maslowovy pyramidy potřeb a tvoří její základnu. Všeobecná sestra při hodnocení pacienta vlastně posuzuje míru soběstačnosti pacienta pro uspokojení těchto potřeb a míru zvládání denních aktivit. Potřeby člověka jsou však velmi individuální a podle toho musí všeobecná sestra k pacientovi přistupovat. Reakce na neuspokojené potřeby je také velmi individuální,

a proto je potřeba sestavit ošetrovatelský plán, který umožňuje naplnění potřeb daného pacienta. (31)

„Správné a přesné ohodnocení úrovně soběstačnosti nemocného je výchozím momentem nejen pro jednotlivé ošetrovatelské intervence a ošetrovatelský plán, ale i pro veškeré diagnostické a terapeutické zákroky“.

„Nesprávné stanovení úrovně soběstačnosti může být příčinou vzniku komplikace, popř. rozvinutí imobilizačního syndromu“. (TRACHTOVÁ A KOLEKTIV 2005, s. 21)

Úroveň soběstačnosti hodnotí nejen sestry v lůžkových zdravotnických a sociálních zařízeních, ale i sestry v primární péči, v agenturách domácí péče a v příjmových ambulancích v rámci ošetrovatelské anamnézy. Všeobecné sestry získávají informace pro hodnocení hlavně pozorováním pacienta, v rozhovoru s ním nebo s jeho rodinnými příslušníky a blízkými, od ostatních zdravotnických pracovníků, výjimečně od spolupacientů. Jako zdroj informací může sloužit také dřívější zdravotnická dokumentace nemocného.

K hodnocení soběstačnosti a zvládání denních aktivit mohou všeobecné sestry využít ošetrovatelské modely, které jsou uceleným a propracovaným systémem pro hodnocení nemocného. Dále se v ošetrovatelské praxi využívají různé měřicí a hodnoticí škály, z nichž mezi nejpoužívanějšími u nás patří Barthelův test základních všedních činností ADL (Aktivity daily living). Cílem hodnocení této oblasti je pomoci nemocnému zůstat soběstačný, což je také jeden ze základních cílů moderního ošetrovatelství. (31)

Z hlediska soběstačnosti v denních činnostech se pacienti rozdělují na zcela soběstačné, částečně soběstačné, pacienty upoutané na lůžko ale částečně soběstačné a na zcela nesoběstačné ležící pacienty. (36)

3.3.1. Škály pro hodnocení soběstačnosti a zvládání běžných denních aktivit

Barthelův test základních všedních činností – ADL (Aktivity daily living) (Příloha č.29 Barthelův test základních všedních činností) je škála, která se využívá ke stanovení rozsahu stávající pomoci, kterou pacient potřebuje, když není schopen některou z aktivit vykonat. Vávra (2005) uvedl, že přesný název testu je Barthel index, mezinárodní zkratka tohoto testu je BI. Autorem testu je Dorothea W. Barthel spolu s Florence I. Mahoney. Test hodnotí deset základních činností, mezi které patří

například příjem potravy, koupání nebo oblékání. Pacient může získat 0 – 100 bodů, kdy 0 značí úplnou závislost na druhé osobě a 100 naopak úplnou soběstačnost. (31)

Test vývoje soběstačnosti – TVS (Příloha č.30 Test vývoje soběstačnosti) slouží k posouzení soběstačnosti nemocného, která je ohodnocena v jednotlivých oblastech 0 – 5 body. Hodnotí se verbální komunikace, oblékání, orientace, výživa, osobní hygiena, vyprazdňování, spánek / odpočinek a pohyblivost pacienta. (36)

Test funkční nezávislosti (Příloha č.31 Hodnocení funkční nezávislosti) byl vytvořen v USA a vychází ze základního indexu Barthelové, doplněn je sledováním kognitivních funkcí – test navíc zohledňuje komunikaci s prostředím a sociální vztahy pacienta. Test je mezinárodně uznávaný a využíván především fyzioterapeuty a ergoterapeuty. V České republice je málo používán, avšak mohl by být dobře využitelným hodnotícím nástrojem v geriatrii. Test je zaměřen na šest okruhů činností v sebezpečí, a to osobní péči, kontrolu svěřačů, mobilitu, lokomoci, komunikaci a sociální adaptabilitu. Pacient může získat celkem 18 – 136 bodů. Je dobrým ukazatelem pro posouzení stavu soběstačnosti při příjmu, během hospitalizace a při propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení. (36)

Test instrumentálních denních činností – IDAL (Příloha č.32 Test instrumentálních denních činností – IDAL) hodnotí zvládnutí jednotlivých činností uvedených v testu. Pacient může za každou činnost získat 10, 5 nebo 0 bodů. Mezi hodnocené instrumentální denní činnosti patří telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a finance. Pacient, který získá 0 bodů, je zcela závislý, naopak pacient, který má maximum 100 bodů, je zcela nezávislý a zvládne sám uvedené denní činnosti. (31)

Dotazník pro funkční hodnocení pacienta – FAQ (Functional activities questionnaire) (Příloha č.33 Dotazník funkčního stavu) je škála formulovaná jako dotazník, který posuzuje zvládání některých denních činností. Mezi posuzované činnosti patří například placení účtů, nakupování, cestování, uvaření kompletního jídla a jiné. Pacient může získat až 30 bodů, čím více bodů získá, tím větší je jeho závislost. Skóre

9 a více bodů navíc značí funkční postižení svědčící o demenci. (36)

Katzův index (Příloha č.34 Katzův index) je test určený k posouzení šesti základních aktivit každodenního života. Mezi tyto činnosti patří hygiena, koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinence a stravování. Soběstačnost pacienta v těchto činnostech test hodnotí písmeny A – G od soběstačného pacienta ve všech šesti funkcích (činnostech) až po nesoběstačného pacienta ve všech šesti funkcích. (36)

Rankinovo skóre – MRS (Modified Rankin Scale) (Příloha č.35 Rankin scale) se používá pro měření míry postižení nebo závislosti ve zvládání denních aktivit u pacientů po CMP. Rankinovo skóre je 0 – 6 bodů, kdy 0 je pacient bez následků a 6 je smrt pacienta. (36)

Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou) (Příloha č.36 Test ošetrovatelské zátěže) slouží ke zhodnocení soběstačnosti pacienta, který už je v nějaké míře závislý na ošetrovatelském personálu a má obtíže při základních činnostech a s tím spojené následky. Test hodnotí pohybovou schopnost, osobní hygienu, jídlo, inkontinenci moče, inkontinenci stolice, návštěvu toalety, dekubity a spolupráci s nemocným. (32)

3.4. Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Slovo dekubitus pochází z latinského sova decumbere, které znamená položit nebo lehnout si. Dekubitus, nebo-li proleženina, je poškození integrity kůže, kdy vzniká gangréna kůže a následně dochází k jejímu rozpadu. Postižení může poškodit nejen kůži ale i podkoží, svalstvo a kosti. Dekubitus nevzniká nejen na kůži, ale může se objevit i na sliznici. Příkladem je sliznice dutiny ústní při špatně sedící zubní protézy.

Na vzniku se podílí nejen složka traumatická, cévní ale i nervová, a proto rozdělujeme dekubitární vřed na traumatický, zánětlivý a neurotický. Nejvyšší stupeň postižení nastává při vytvoření kožní nekrózy, nebo-li odúmrti kožní tkáně. Vznik a vývoj všech dekubitů může ovlivnit deset základních faktorů, těmi jsou dlouhodobý tlak, tření, imobilizační syndrom, cévní faktory, výživa, tělesná hmotnost, inkontinence, zdravotní stav, imunosuprese a věk.

Základem pro hodnocení rizika vzniku dekubitů je ošetřovatelská anamnéza, která hodnotí hlavně stav kůže a faktory, které mají vliv na vznik proleženin. Rizikové faktory, které mohou přispívat ke vzniku dekubitů, se hodnotí podle různých stupnic a škál. U nemocných s nezměněnou citlivostí se může v místě počínajícího dekubitu objevit pálení, mravenčení nebo bolest. Všeobecná sestra zná a hodnotí všechny tyto faktory, rizika a příznaky související se vznikem dekubitů. V péči o dekubity jsou důležitá preventivní opatření, mezi která patří především polohování pacientů se zvýšeným rizikem pro vznik dekubitů, které se zapisuje do polohovacích záznamů, zvýšená hygienická péče, správná výživa, snaha o udržení soběstačnosti pacienta a pohybová aktivita. Tyto intervence provádí všeobecná sestra i u pacientů s přítomností dekubitů. (31)

3.4.1. Škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

Rozšířená stupnice podle Nortonové (Příloha č.37 Rozšířená stupnice podle Nortonové), tato škála hodnotila pět základních aspektů, a to celkové zdraví, duševní stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Po modifikaci CH. Bienstein se škála rozšířila na skóre 25 bodů. V ČR se stupnice rozšířila v 90. letech. Dnes škála posuzuje věk, stav pokožky, další onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci. Riziko vzniku dekubitů se objevuje při 25 bodech a méně. (31)

Hodnocení rizika vzniku proleženin dle Shannon (Příloha č.38 Hodnocení rizika vzniku proleženin) je skórovací systém, jehož autorem je M.L. Shannon. Tento systém posuzuje duševní stav, inkontinenci, mobilitu, aktivitu, cirkulaci, teplotu a medikace v rozmezí čtyřech bodů. Při skóre méně než 16 bodů je vysoké riziko vzniku dekubitů. (36)

Braden – Bergstrom skóre hodnocení rizika vzniku dekubitů (Příloha č.39 Bradenovo-Bergstromovo skóre hodnocení rizika vzniku dekubitů) je skórovací systém pro širší realizaci preventivních opatření a identifikaci rizik dekubitů, kterou sestavili v roce 1987 B. Braden a N. Bergstrom. Škála hodnotí senzitivní vnímání, vlhkost pokožky, aktivitu pacienta, mobilitu, výživu a tření se střížným mechanismem. Celkové skóre nám ukáže nízké, mírné a nebo vysoké riziko pro vznik dekubitů u daného pacienta. (31)

Škála Waterlow - riziko vzniku dekubitů (Příloha č.40 Škála Waterlow – riziko vzniku dekubitů) je škála, která přesnější než rozšířená stupnice Nortonové. Tato škála byla sestavena J.Waterlow v Británii v roce 1985. Škála posuzuje osm oblastí, které jsou jednotlivě hodnoceny 0 – 3 body. Hodnotícími oblastmi jsou pohlaví a věk, stavba těla, pohyblivost, kontinence, chuť k jídlu, stav kůže, velké operační výkony/traumata, neurologické poruchy, speciální rizika a medikace. Čím méně bodů pacient dosáhne, tím je riziko vzniku dekubitů menší a naopak. (31)

Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám (Příloha č.41 Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám) je stupnice, která hodnotí všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivitu, pohyblivost, inkontinenci, příjem potravy ústy, příjem tekutin ústy a náchylnost k chorobám. Každá oblast je ohodnocena 0 – 3 body. Pacient, který dosáhne skóre nad 12, bodů je ohrožen vznikem dekubitů. Tato stupnice se liší od ostatních tím, že některé stavy v hodnocených oblastech lze započítat dvojnásobně. Tyto stavy jsou označeny hvězdičkou a patří mezi ně například pohyblivost, pokud je velmi omezená nebo se jedná o imobilního pacienta. (30, 31)

3.4.2. Škály pro hodnocení již vzniklých dekubitů

Existuje několik možností pro klasifikaci již vzniklých dekubitů. Patří sem *Danielova klasifikace dekubitů*, která udává 5 stupňů označených římskými číslicemi, od zarudnutí až po rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrací kostí nebo destrukcí kloubů. Další klasifikací je *Seilerovo posuzování vzhledu proleženin*, které označuje 4 stupně dekubitů písmeny A, B, C. A vyznačuje čistou ránu, B ránu špinavě povleklou se zbytky nekróz bez infekce okolí a C vyznačuje ránu ve stádiu B, ale s infiltrací do okolí, nebo s projevy celkové sepse. *Stupnice dekubitů podle Torrance* rozděluje stav dekubitu na stupně, kdy stupeň 1a je stadium blednoucí hyperémie, 1b je tzv. neblednoucí hyperémie, stupeň 2 vyznačuje vznik vředového defektu kůže, u 3 stupně vřed zasahuje do podkožní tukové vrstvy a stupeň 4 je infekční nekróza, která proniká do spodiny fascie. Dále lze dekubity klasifikovat pomocí *Vývoje dekubitů podle Válka*, který udává 4 stádia, a to reverzibilní změny, nekrózu podkoží a tuku,

nekrózu kůže s demarkačním zánětlivým lemem a tvorbu různě hlubokých, rozsáhlých a infikovaných dekubitů. (31, 36, 39)

3.5.Hodnocení nutričního stavu

„Výživa je biologickou, primární potřebou člověka, je nezbytným předpokladem udržování biologické homeostázy organismu, lze říci i předpokladem k zachování života“. (TRACHTOVÁ E. A KOLEKTIV 2005, s. 82)

Výživa, tedy jídlo a pití jsou potřebou organismu, která není důležitá jen pro správnou funkci trávicího systému a energetické zásobování organismu, ale je to také potřeba psychosociální. Pacient při příjmu potravy může pociťovat radost a spokojenost nebo naopak negativní pocity a symptomy. Každý člověk potřebuje v životě pro své zdraví pravidelný přiměřený příjem pevné a tekuté stravy. Ošetrovatelský proces ve výživě zahrnuje zhodnocení faktorů ovlivňujících výživu, ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelskou diagnózu s očekávanými výsledky, ošetrovatelský plán s ošetrovatelskými intervencemi, realizaci ošetrovatelského plánu a nakonec zhodnocení ošetrovatelské péče. (31)

Faktory ovlivňující výživu pacientů dělíme na faktory fyziologicko – biologické, faktory životního prostředí, sociálně – kulturní faktory a faktory psychicko – duchovní. Mezi fyziologicko – biologické faktory patří funkce zažívacího systému, věk, růst, vývoj, pohlaví a zdravotní stav pacienta. Faktory životního prostředí jsou klima a geografická poloha, stav životního prostředí, kvalita vzduchu, vody a půdy. K sociálně – kulturním faktorům patří kulturní zvyky a obyčeje, způsob života, ekonomická situace pacienta a religiozní hodnoty. A u posledních psychicko – duchovních faktorů uvádíme zvyklosti pacienta, jeho potřeby, osobnost a emocionální naladění. (30, 38)

Při hodnocení výživy můžeme diagnostikovat různé poruchy výživy. Odchylka od normálního stavu výživy, vzniklá nerovnováhou mezi přívodem živin a jejich skutečnou potřebou v organismu, se nazývá malnutrice, odvozená od latinského slova „malus“, neboli špatný. Malnutrici dělíme na marastický typ, nebo-li prosté hladovění a kwashiorkový typ neboli stresové hladovění. Malnutrice se objevuje zejména u starých pacientů, pacientů s respiračními chorobami, u pacientů po zánětlivém střevním onemocnění a u pacientů s maligními tumory. (36)

Dalšími poruchami výživy jsou například nechutenství, odpor k tučnému jídlu, odmítání jídla, hladovka, zvýšený stravovací apetit, zvláštní chuť, žízeň, dysfagie, žaludeční nebo střevní dyspepsie a jiné. (31)

K posouzení stavu výživy využíváme antropometrická měření, která poskytují informace o velikosti a složení těla. Mezi tato měření patří výška, hmotnost, hmotnostní index, měření kožní řasy a obvodu svalu ramene. Dalším vyšetřením bude laboratorní vyšetření, kdy provádíme vyšetření hematologické, biochemické a imunologické. Dále provádíme fyzikální vyšetření klinického stavu pacienta a výživovou anamnézu, která obsahuje údaje o stravovacích návycích pacienta, o dietním omezení, příjmu tekutin, vitamínů apod. Vyšetřujeme také pomocí speciálních metod jako je podvodní vážení, bioimpedance, CT vyšetření, vyšetření peakflow, vyšetření svalové síly a jiné. Provádí se komplexní vyšetření stavu výživy a pro zjednodušení diagnostiky malnutrice a jiných poruch ve výživě můžeme využít hodnocení pomocí indexů nutričního stavu. (32, 37)

V diagnostice malnutrice je vhodné využití všech složek zdravotní péče tak, aby byla součástí nejen ošetrovatelského, ale i lékařského příjmu a chorobopisu. Dokumentovaná péče o stavu výživy pacienta je v současné době podmínkou akreditace nemocnic. (36)

Identifikaci nemocných s rizikem problémů ve výživě provádíme pomocí anamnestických údajů a celkového hodnocení pacienta, kdy se hodnotí zejména zdravotní stav a medikamentózní léčba. (31)

Indexy k měření hmotnosti ukazují, zda je hmotnost přiměřená výšce nebo zda má člověk nadváhu. *BMI (Body Mass Index)* (Příloha č.42 Index tělesné hmotnosti (BMI) se vypočítává vydělením hmotnosti v kilogramech výškou v metrech na druhou. Normou tohoto indexu není přesná hodnota, ale určité rozmezí. Za normální je považována hodnota 18,5 – 25, hodnota 26 - 30 značí nadváhu a hodnota od 30 výše svědčí o obezitě I. - III. stupně. K dalším indexům patří *Ideální hmotnost*, jejíž hodnota se liší podle pohlaví, *Váho-výškový index podle Rohrer* nebo *Váho-výškový index podle Broca*. (31, 36)

Měření podkožního tuku se provádí *kaliperem*, přístrojem pro měření podkožního tuku pomocí bioelektrické impedance nebo *kliperem*, což je umělohmotné měřítko, kterým se uchopí měřená oblast. Lokality pro měření kožní řasy jsou kožní řasa nad tricepsem, kožní řasa pod lopatkou, kožní řasa nad spinou, na břicho, na stehně a kožní řasa na lýtku. (36)

3.5.1. Škály hodnotící nutriční stav

MNA – SF (Mini – Nutritional Assessment – Short Form) (Příloha č.43 Mini Nutritional Assessment MNA®) je test, který dokáže odhalit riziko přítomnosti nebo vzniku malnutrice. Test obsahuje 4 okruhy otázek a trvá cca 15 minut. Okruhy zahrnují celkové hodnocení, antropometrická měření, dotazy na dietní a stravovací návyky a vlastní hodnocení zdraví a stavu výživy. Pacient zde může získat 0 – 29 bodů, skóre méně než 17 bodů svědčí pro malnutrici. (8, 21)

Klasifikace malnutrice podle BMI (Příloha č.44 Klasifikace malnutrice podle BMI) pomáhá určit, zda se jedná o lehkou, středně závažnou a nebo těžkou malnutrici. U starších osob je doporučená hodnota BMI o něco vyšší než u osob středního věku. (31)

Klasifikace obezity a jejich rizik podle BMI (Příloha č.45 Klasifikace obezity a jejich rizik podle BMI) rozděluje pacienty na pacienty s podváhou, pacienty s normální váhou, se zvýšenou váhou, s nadváhou a pacienty s obezitou I., II., a nebo III. stupně. Ke každému stupni klasifikace je přiřazeno riziko komplikací obezity. (36)

Nottinghamský screeningový dotazník (Příloha č.46 Nottinghamský screeningový dotazník) u pacienta využívá jednoduchých tří otázek, které nám určí, zda je pacient ohrožen malnutricí. Skóre nižší než 3 by sestra měla nahlásit. (36)

NRS 2002 – Nutriční rizikový screening (Nutritional Risk Screening 2002) (Příloha č.47 NRS 2002 Nutrition Risk Screening – hodnocení rizika podvýživy) je skórovací systém, vytvořený v roce 2002 a doporučený Evropskou společností umělé klinické výživy a metabolické péče pro používání v nemocničních zařízeních. U pacienta je hodnoceno riziko podvýživy jedním číslem ve škále 0 – 6 bodů. Čím vyšší je bodové skóre, tím stoupá riziko podvýživy. (8)

3.6. Další možnosti hodnotících škál pro ošetrovatelskou praxi

Hodnocení rizik zahrnuje hodnotící škály využívané pro prevenci, vyhledávání a vyhodnocování možných rizik nebo komplikací souvisejících se stavem pacienta. K nejčastějším rizikům patří riziko vzniku dekubitů, situace a rizika v oblasti dýchání a rizika pádů nebo riziko vzniku diabetu mellitu či riziko vzniku infekce.

V ošetrovateľskej praxi jsou dále využívány škály posuzující odchylky či míru patologie v souvislosti se somatickým stavem pacienta či životní funkce, které se využívají především u konkrétních diagnóz. Mezi ně patří škály hodnotící závažnost astmatu, klasifikace tromboflebitis nebo škála pro hodnocení sepse. (36)

3.6.1. Škály pro hodnocení rizika pádu

Stupnice pádu Morse (Morse Fall scale) (Příloha č.48 Stupnice pádu Morse – Morse Fall) je skórovací nástroj, který obsahuje výstižné a cílené otázky. U pacienta může odhalit zmatenost, nedostatečné vnímání rizik, nejistotu při chůzi nebo poruchy chůze. (36)

Gaitův funkční test (Příloha č.49 Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)) je jednoduchý nástroj ke zjištění rizika pádů a skládá se ze čtyř úkonů, které má pacient vykonat. (32)

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tittenové (Příloha č.50 Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové) je škála, při které sestra hodnotí pacienta sedícího na pevné židli a žádá ho o provedení úkonů uvedených v tabulce, které zvlášť bodově ohodnotí. Pacient musí například udržet rovnováhu po postavení nebo držet rovnováhu v sedě. (36)

Nástroj pro určení rizika pádů pacientů podle Škrly (Příloha č.51 Nástroj pro určení rizika pádů podle Škrly) je škála hodnotící pohyb, vyprazdňování, medikaci, smyslové poruchy, mentální status a věk. (36)

3.6.2. Škály pro hodnocení rizik v oblasti dýchání

Bienstein škála (Příloha č.52 Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání) slouží k hodnocení situací a rizik v dýchacích cestách. Škála posuzuje 15 kritérií a součet bodů za jednotlivá kritéria stanovuje míru rizika. K hodnoceným kritériím patří například ochota spolupracovat nebo poruchy imunity. (32)

Downes score (Příloha č.53 *Downes score*) slouží k hodnocení dechové nedostatečnosti při obstrukci dolních a horních dýchacích cest. Skóre 7 a více bodů vypovídá o projevech akutní dechové nedostatečnosti. (36)

Hodnocení závažnosti astmatu (Příloha č.54 *Hodnocení závažnosti astmatu*) je jednoduchá škála pro stanovení stupně astmatu. Přítomnost alespoň jednoho z příznaků uvedených ve škále zařazuje nemocného do příslušného stupně závažnosti astmatu. (36)

3.6.3. Škály posuzující odchylky či míru patologie v souvislosti se somatickým stavem pacienta či životní funkce

Apgar score je skórovací škála (Příloha č.55 *Apgar score*), která hodnotí stav novorozence bezprostředně po porodu. Je to jednoduchý neinvazivní systém zhodnocení novorozence, který miminko nijak nezatěžuje, ale naopak umožňuje rychlé posouzení jeho aktuálního stavu, a to v podstatě kdekoliv, i v sanitce. Hodnotí se pět základních funkcí, a to srdeční tep, dýchání, napětí svalů, reakce na podráždění a barva kůže. (31)

Gorisovo schéma (Příloha č.56 *GORISOVO SCHÉMA*) hodnotí stav sedmi systémů, a to, ventilace oběhu, ledvin, jater, hematologické parametry, GIT a CNS. Tento skórovací systém slouží k predikci mortality. (36)

Dotazník sexuálního zdraví muže – (IIEF) International Index of Erectile Function (Příloha č.57 *Dotazník sexuálního zdraví muže*) je škála pro hodnocení erektivní dysfunkce. Pacient dostane 3 otázky, odpovědi na ně se pak ohodnocují 0 – 5 body. (36)

Hodnocení intenzity stresové inkontinence podle Inglemanna – Sundberga (Příloha č.58 *Hodnocení intenzity stresové inkontinence podle Inglemanna-Sundberga*) je škála, která rozděluje stresovou inkontinenci podle příznaků do tří stupňů. (37)

Klasifikace hypertenze (Příloha č.59 *Klasifikace hypertenze*) rozděluje stav hypertenze u pacienta dle hodnot systolického a diastolického tlaku a dle souvisejících příznaků. (36)

Funkční klasifikace NYHA (Příloha č.60 Funkční klasifikace podle NYHA) slouží k hodnocení pacient se srdečním onemocněním. Hodnotí se fyzická aktivita a obtíže pacienta. (32)

Klinická klasifikace chronické venózní insuficience (CVI) „CEAP“ (Příloha č.61 Klinická klasifikace chronické venózní insuficience) třídí chronickou venózní insuficienci podle příznaků pacienta do šesti tříd. (36)

Klasifikace zrakového postižení podle WHO (Příloha č.62 Klasifikace zrakového postižení podle WHO) rozděluje zrakové postižení na střední slabozrakost, silnou slabozrakost, těžce slabý zrak a na praktickou nevidomost. (36)

Kriteria hodnocení tíže /toxicity/ při chemoterapii (v modifikaci podle WHO) (Příloha č.63 Kriteria hodnocení tíže /toxicity/) rozděluje tíži toxicity podle stavu nauzey a zvracení do čtyř stupňů. (36)

Iktová škála národních zdravotnických ústavů v Bethesde, Maryland (NIH stroke scale) (Příloha č.64 NIH stroke scale) je škála, která umožňuje sledovat vývoj onemocnění

v závislosti na léčebných postupech. (36)

Fagerströmův test nikotinové závislosti (FTND) (Příloha č.65 Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu) je test určení závažnosti nikotinové závislosti a je zaměřen na frekvenci kouření, množství vykouřených cigaret a na zvyklosti spojené s kouřením. (32)

Skóre rizika diabetes mellitus II. typu (Příloha č.66 Skóre rizika DM) hodnotí riziko vzniku DM podle věku, BMI, obvodu pasu, užívání léků na hypertenzi, hladiny cukru v krvi, fyzické aktivity a příjmu ovoce a zeleniny. (36)

SOFa skóre – Sepsis Related Organ Failure Assessment (Příloha č.67 Sepsis score) skórovací systém pro stanovení stupně orgánového selhání vznikajícího v souvislosti se sepsí. (36)

Hodnocení infekce v ráně (Příloha č.68 Hodnocení infekce v ráně) slouží k posouzení dle typických příznaků jako je například zvýšená teplota, otok, erytém, na základě různých změn v ráně a zároveň zahrnuje výpočet doby hojení rány. (32)

Somatická zralost Ballarda (Příloha č.69 Somatická zralost dle Ballarda) jsou somatická kritéria zralosti, která slouží k posouzení těhotenského stáří. (36)

Klasifikace klinické manifestace alergie na včelí a vosí jed (Příloha č.70 Klasifikace klinické manifestace alergie na včelí a vosí jed) rozděluje alergickou reakci podle

souvisejících příznaků na velkou lokální, mírnou celkovou, celkovou, těžkou celkovou a šokovou. (32)

4. Zásady pozorování pacienta při ošetrovatelském hodnocení

Soustavné pozorování a sledování pacienta provádí všeobecná sestra při každé činnosti spojené s pacientem. Jen tak může získat všechny informace, zaregistrovat patologické odchylky a zhodnotit jejich závažnost. Důležité je pozorovat pacienta nenápadně. Při jakékoli příležitosti si všeobecná sestra všímá změn v celkovém stavu pacienta, jeho chování, náladě, pozoruje objektivní příznaky nebo hodnotí projevy subjektivních příznaků.

Pozorování musí být cílevědomé a systematické. Všeobecná sestra musí mít dostatek odborných znalostí a zkušeností, jinak může snadno různé stavy a odchylky přehlédnout, tím zanedbat péči a ohrozit pacienta.

Aby sestra získala přesné hodnoty, doplní pozorování měřením fyziologických funkcí. Do pozorování by všeobecná sestra neměla vnášet žádné osobní postoje a vztahy k pacientovi, jen tak může získat objektivní výsledky. (22, 31)

5. Zásady komunikace s pacientem při ošetrovatelském hodnocení

Sestra by měla mít schopnost komunikovat s pacientem, umět navázat a rozvíjet kontakt. Komunikaci lze jako lidskou dovednost rozvíjet v jakékoli fázi života.

Komunikace se všeobecně dělí na verbální a neverbální. V ošetrovatelské praxi dále rozlišujeme tři druhy komunikace, sociální, specifickou a terapeutickou.

Specifická komunikace je oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme pacienta k další léčbě, působíme edukačně. Specifická komunikace má zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta. Na závěr ověřujeme, zda pacient sdělení rozuměl a akceptuje ho. Takto zaměřená komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností komunikovat.

Sociální komunikaci sestra dopředu neplánuje, odehrává se při neformálních střetnutích a probíhá většinou spontánně, například když pacient povídá o své rodině. Člověk v nemocniční péči nebo v domácím ošetřování má omezenou možnost sociálních kontaktů, a proto pozitivně přijímá možnost rozhovoru s dalšími lidmi. Mezi situace, které jsou vhodné pro navázání sociální komunikace, patří: úprava lůžka, hygiena, pomoc při jídle a volnější okamžiky v denním režimu na oddělení, kdy si může sestra s nemocným popovídat, např. na pokoji.

Při terapeutické komunikaci poskytujeme pacientům pomoc při adaptaci na změny, poskytujeme jim oporu v těžkých situacích a rozhodnutích. Úkolem tohoto rozhovoru je zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných pacientů. (37)

6. Zvláštnosti ošetrovatelského hodnocení pacientů

Hodnocení pacientů je třeba rozlišit dle vývojového stádia života. K dětem a seniorům je potřeba velmi individuální přístup.

Dalším typem pacientů, k nimž musíme volit obzvláště individuální přístup a přizpůsobit se jejich nadstandardním potřebám, jsou pacienti s různými typy postižení. Dle typů postižení se musíme pacientovi přizpůsobit, zajistit vhodné pomůcky, případně bezbariérový přístup nebo například zajistit dopomoc další osoby.

Úkolem sestry je v první řadě zjistit úroveň omezení a společně s pacientem nalézt vhodnou formu komunikace pro ošetrovatelské hodnocení. (37)

6.1. Pacienti s poruchami sluchu

Poruchy sluchu způsobují pacientům obtíže a mohou vést ke komunikační bariéře mezi nimi a jejich okolím. Mohou mít problémy s porozuměním řeči nebo poruchy schopnosti mluvenou řeč ovládat. Pacienti s poruchami sluchu mají své komunikační systémy, do nich patří znaková a orální řeč. I pokud pacient ovládá náhradní komunikační systém, nastává zde bariéra, protože ne každá sestra ovládá znakovou řeč nebo odezírání ze rtů. V takovém případě je možné využít ještě písemnou formu komunikace.

S pacientem musí sestra hovořit pomalu, důkladně sledovat jeho pohyby, výrazy, pohyby rtů při mluvě. Sestra hovoří nahlas a pomalu, používá jednoduchá slova, zbytečně nepoužívá odborné výrazy, kterým by pacient nemusel rozumět. Pacient musí sestře vidět do obličeje, který by měl být pod světlem. Během rozhovoru se sestra pravidelně přesvědčí, zda ji pacient opravdu porozuměl. V komunikaci s neslyšícím pacientem je velkým přínosem doprovod blízké osoby bez poruchy. (37)

6.2. Pacienti s poruchami zraku

Pacienti, kteří trpí poruchou zraku, mají ztížené a velmi rozdílné vnímání okolního světa. Tito pacienti daleko více využívají sluchové a hmatové vnímání.

Existují však různá stádia poruchy zraku, pacient může mít poruchu spojenou se stářím, kdy stačí pouze kompenzační pomůcky. Někteří vnímají za různého osvětlení, nebo se jejich zrak liší v závislosti na vzdálenosti zorného pole. Jiní pacienti nemají barvocit, který k praktickým činnostem ale není nutný a pak jsou pacienti nevidomí. Při hodnocení pacienta s poruchami zraku se snažíme přizpůsobit druhu jeho postižení a všem jeho potřebám.

Prostředí, ve kterém pacienta vyšetřujeme, by mělo být přehledné a měl by zde být bezbariérový přístup. Pacienta nejdříve s prostředím seznámíme, stejně jako s každou činností, kterou s ním chceme provádět. S pacientem musíme stále hovořit, a to přímo, protože nevnímá žádné naše neverbální sdělení. (37)

6.3. Pacienti s poruchami řeči

Zde je nutné oddělit pacienty, kteří s námi komunikovat nechtějí z různých psychosociálních důvodů od těch, co mají skutečné řečové vady. Poruchy řeči se rozdělují na poruchy receptivní složky, kdy nám pacient není schopen porozumět, a na poruchy expresivní složky řeči, při které není pacient schopen mluvit. Neschopnost mluvit má také několik forem, od problémů s artikulací, přes omezený slovník až k úplné ztrátě řeči.

Vždy je důležité, aby si sestra nejdříve objasnila, co je příčinou poruchy či ztráty řeči nebo proč s ní pacient odmítá komunikovat. S pacientem mluvíme klidně, pomalu, neskáčíme mu do řeči, zkrátka se plně snažíme přizpůsobit jeho problému tak, abychom ho neponížili. (37)

7. Ošetrovatelská dokumentace

Zdravotnická zařízení zaznamenávají ošetrovatelské plány do ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace. Tato ošetrovatelská dokumentace je v souladu s platnou legislativou vydanou Ministerstvem zdravotnictví České republiky. (17)

„U každého pacienta/klienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetrovatelská dokumentace, která zaznamenává údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů pacienta/klienta, rodiny, či jeho blízkých nebo komunity.

Každý pacient musí mít vedenou ošetrovatelskou dokumentaci. Dokumentace je uložena na určeném místě a spolu s lékařskou dokumentací tvoří celek, který je dokladem o léčebné a ošetrovatelské péči u konkrétního pacienta. Dokumentace je přístupná všem členům ošetrujícího týmu.“ (Koncepce ošetrovatelství ČR, Vyhláška 401/2006 Sb., s. 5)

Ministerstvo zdravotnictví vydává standard vedení ošetrovatelské dokumentace. Cílem tohoto standardu je zajištění přehledu o péči, zdokumentování vývoje zdravotního stavu pacientů, spojení cílů léčby, řádné vedení, předávání a uchovávání informací o pacientovi a poskytnutí základu pro komplexnější rozpracování standardu. (16)

7.1. Náležitosti zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace

Zdravotnická dokumentace by měla dle VoZD obsahovat základní informace o zdravotním stavu pacienta dle rozsahu poskytovaných zdravotních služeb. Základními informacemi jsou identifikační údaje pacienta a jeho anamnéza. V návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta obsahuje zdravotnická dokumentace pracovní závěry a konečnou diagnózu, léčebný postup a záznam poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb. Dále by měla obsahovat záznam o hodnocení aktuálního zdravotního stavu samotným pacientem a cílený objektivní nálezný. V dokumentaci musí být zaznamenány veškeré ordinace, podání léčivých přípravků a dle druhu podaného přípravku potřebné údaje dle standardů zařízení. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat všechny písemné souhlasy pacienta nebo odmítnutí zdravotní péče, záznamy o zdravotnické přepravě pacienta se všemi náležitostmi. (19, 20)

V případě hospitalizace by měla obsahovat epikrízu o průběhu vyšetření a léčby. Dokumentovány musí být i všechny nežádoucí příhody v souvislosti s poskytováním

zdravotních služeb. V dokumentaci musí být záznamy komplikací, podezření či výskyt infekčních onemocnění. Zdravotnická dokumentace by měla obsahovat výsledky vyšetření pacienta dle standardů daného zařízení nebo oddělení ve formě písemných popisů nebo digitálních, grafických, audiovizuálních a jiných obdobných záznamů. V případě operačního výkonu operační protokol a anesteziologický záznam. (9, 17, 20, 23)

V případě propouštění/překlada pacienta obsahuje dokumentace propouštěcí nebo překládovou zprávu. V případě předávání pacienta do další ošetrovatelské péče je v propouštěcí zprávě doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu. (9, 24)

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a platí pro ni stejná pravidla o zápisech, vedení, skartaci, přístupu k ní jak ze strany pacienta, tak ze strany jiných osob či orgánů. Náležitosti ošetrovatelské dokumentace jsou dány *Vyhláškou o zdravotnické dokumentaci 98/2012 Sb. (VoZD)* vydanou MZČR. VoZD nepoužívá termín ošetrovatelská dokumentace, ale termín dokumentace ošetrovatelské péče.“ A ošetrovatelská péče je podle platné Koncepce ošetrovatelství, vyhlášené Ministerstvem zdravotnictví ČR, činnost zaměřená zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. (9, 20)

Náležitosti definované VoZD musí dokumentace skutečně obsahovat. Zdravotnická zařízení nejsou omezována ve vytváření dalších potřebných součástí ošetrovatelské dokumentace. Součástí ošetrovatelské dokumentace bývají dále záznamy a formuláře v souvislosti s přijetím pacienta do ústavní péče, záznamy sledující a hodnotící konkrétní rizika u pacientů. Mezi tyto záznamy patří různé hodnotící a měřicí škály nebo dotazníky. Zdravotnická zařízení si vytvářejí edukační záznamy pro výuku pacientů, záznamy o ošetrování ran, teplotní tabulky neboli ordinační karty. Tyto další náležitosti mají tato zařízení definovaná ve svých standardech. (17, 20, 25)

8. Výzkumná část

8.1. Cíle výzkumu

Cíl 1 Zjistit, jaké hodnoticí škály používají všeobecné sestry na vybraných pracovištích.

Cíl 2 Zjistit, zda jsou všeobecné sestry schopné na základě výsledků hodnoticích škál stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán.

Cíl 3 Zjistit, zda ošetrovatelská dokumentace obsahuje základní hodnoticí škály-
Hodnocení kognitivních funkcí, Hodnocení soběstačnosti pacienta, Hodnocení rizika vzniku dekubitů, Hodnocení bolesti.

Cíl 4 Zjistit, zda lékaři při své práci s pacientem nahlíží do ošetrovatelské dokumentace a využívají záznamy hodnoticích škál daného oddělení.

8.2. Hypotézy

H1 Používání hodnoticích škál se liší dle daného pracoviště.

H 2 Všeobecné sestry stanovují pomocí výsledků hodnoticích škál ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán.

H 3 Ošetrovatelská dokumentace obsahuje základní hodnoticí škály-test soběstačnosti pacienta, záznam hodnocení rizika dekubitů, záznam hodnocení bolesti

H 4 Lékaři pracující na daných odděleních, využívají při své práci záznamy v ošetrovatelské dokumentaci a nahlíží do výsledků hodnoticích škál pacientů.

9. Metodika výzkumu

9.1. Použité metody

Ke sběru dat pro výzkumnou část práce byla použita kvantitativní metoda výzkumu, anonymní dotazník. Byly sestaveny a použity dva dotazníky, jeden určený pro všeobecné sestry (Příloha č.1 Dotazník pro všeobecné sestry) a dotazník pro ošetřující lékaře (Příloha č.2 Dotazník pro ošetřující lékaře). Obě zkoumané skupiny pracovaly na interních a chirurgických standardních lůžkových odděleních Krajské nemocnice v Liberci, a.s. , Nemocnice Nymburk, a.s. a Domažlické nemocnice, a.s. Oba dotazníky byly zcela anonymní.

Dotazník určený pro všeobecné sestry obsahoval 22 otázek převážně s uzavřeným typem odpovědi, jen z části s polootevřenými odpověďmi. Úvodní otázky byly identifikačního charakteru, následně byly řazeny otázky zaměřené na používání ošetřovatelských hodnoticích škál v ošetřovatelském procesu, jejich základní typy a ošetřovatelskou dokumentaci. Závěrečné otázky měly vyšetřit osobní zájem a názor sester v oblasti ošetřovatelských hodnoticích škál.

Dotazník pro ošetřující lékaře obsahoval 9 otázek s uzavřeným typem odpovědi. Úvodní otázky měly identifikační charakter, následující otázky pak byly zaměřené na zkušenosti a praxi lékařů s ošetřovatelskými hodnoticími škálami a ošetřovatelskou dokumentací. V závěru byly zařazené otázky, které měly zjistit osobní zájem a názor lékařů na ošetřovatelské hodnoticí škály.

9.2. Charakteristika zkoumaného vzorku

První výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na standardních interních a chirurgických lůžkových odděleních Krajské nemocnice v Liberci, a.s., Nemocnice Nymburk, a.s. a Domažlické nemocnice, a.s. Bylo rozdáno 100 dotazníků v období od března do dubna 2013. Z celkového počtu 100 (100 %) rozdaných dotazníků byla návratnost 87 (87 %) vyplněných dotazníků. Ke zpracování výzkumu bylo tedy

zařazeno 87 dotazníků, z nichž bylo 39 z interních oddělení a 48 z chirurgických oddělení.

Druhý výzkumný soubor tvořili ošetřující lékaři pracující na standardních interních a chirurgických lůžkových odděleních Krajské nemocnice v Liberci, a.s., Nemocnice Nymburk, a.s. a Domažlické nemocnice, a.s. Lékařům bylo rozdáno 50 dotazníků v období od března do dubna 2013. Z celkového počtu 50 (100 %) dotazníků se podařilo získat zpět pouze 35 (32 %) vyplněných dotazníků, z kterých bylo 8 dotazníků vyřazeno pro neúplnost údajů. Ke zpracování výzkumné části práce bylo tedy zařazeno 27 dotazníků, z nichž 11 dotazníků bylo z interních a 16 z chirurgických oddělení.

9.3. Metodika práce

Ke zpracování dat jsme využili statistické testování s jednou proměnnou. Data byla zpracovávána statistickým softwarem Statgraphics, ve kterém byl Studentův párový (dvouvýběrový) t-test. (Příloha č. 71 Statistické testování – STATGRAPHIC . Data vygenerovaná programem Statgraphics měla potvrdit nebo zamítnout stanovené výzkumné předpoklady. Údaje byly následně přeneseny do tabulek a grafů.

Ke každé hypotéze jsme z dotazníků vybrali otázky, které byly na základě odpovědí respondentů potvrzeny nebo zamítnuty. K hypotéze č. 1 byly vybrány otázky 6, 8, 14, 15, a 16, k hypotéze č. 2 otázky 17, 18 a 19, k hypotéze č. 3 otázky 9, 10 (Příloha č.1 Dotazník pro všeobecné sestry) a k hypotéze č. 4 otázky 3, 4, 6, a 8. (Příloha č.2 Dotazník pro ošetřující lékaře).

Proměnné byly znázorněny jako Hypotéza 0 (H0) a Hypotéza 1 (H1), kdy v případě nezamítnuté H0 neprokazujeme H1 a nepotvrzujeme daný výzkumný předpoklad. Naopak při zamítnuté H0 potvrzujeme H1, a tím prokazujeme pravdivost daného výzkumného předpokladu.

Data pro zamítnutí/nezamítnutí H0 a potvrzení/nepotvrzení H1 a tím prokázání/neprokázání výzkumného předpokladu byla do statistického programu vložena jako poměr respondentů. Poměr byl počet respondentů, kteří potvrzovali hypotézu 1 proti celkovému počtu respondentů. Program tato data znázornil v procentech a vygeneroval závěr.

Hypotézy byly testovány na 95,0% hladině spolehlivosti. Dle toho, kolik otázek potvrzovalo k nim náležící hypotézu, bylo následně určeno, jestli je hypotéza potvrzena a tím prokazujeme její pravdivost či naopak.

10. Analýza výzkumného šetření

10.1. Analýza výsledků – všeobecné sestry

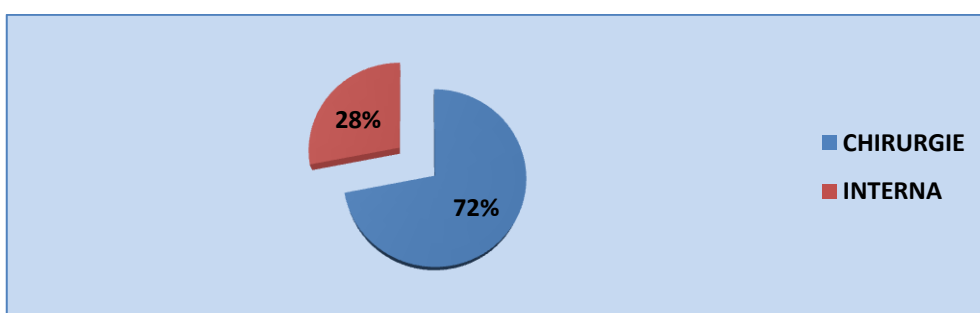
Z celkového počtu 114 respondentů bylo 87 respondentů zastoupeno všeobecnými sestrami a 27 respondentů ošetřujícími lékaři ze tří různých krajů České republiky. Vybraní respondenti pracovali na standardních lůžkových odděleních interních a chirurgických. Byly vybrány tři nemocnice, Nemocnice Nymburk, a.s., Krajská nemocnice v Liberci, a.s. a Domažlická nemocnice, a.s.

Výsledky dotazníkového šetření – všeobecné sestry

Otázka č. 1 – Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka č. 1 Pracoviště respondentů

PRACOVISTĚ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
CHIRURGIE	48	72 %
INTERNA	39	28 %



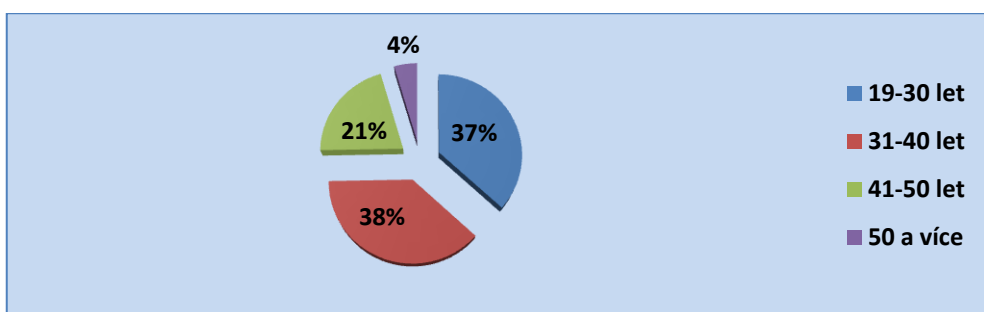
GRAF 1 Pracoviště respondentů

Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů pracovalo 48 (72 %) respondentů na chirurgických lůžkových odděleních vybraných nemocnic. Zbýlých 39 (28 %) respondentů bylo z lůžkových oddělení interních.

Otázka č. 2 - Označte prosím Vaši věkovou skupinu

Tabulka č. 2 Věk respondentů

VĚK	ABSOUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
19-30 let	32	37 %
31-40 let	33	38%
41-50 let	18	21 %
51 a více	4	4



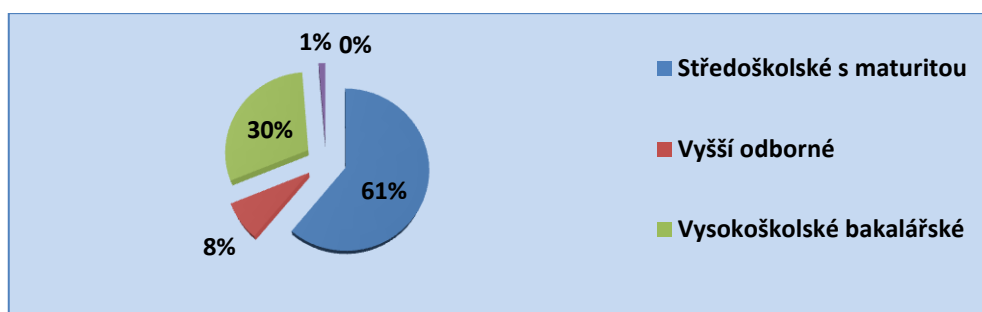
GRAF 2 Věk respondentů

Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů uvedlo celkem 33 (38 %) respondentů věkovou kategorii 31-40 let, 32 (37 %) respondentů bylo ve věku 19-30 let, 18 (21 %) 41-50 let. Nejmenší skupinu, celkem 4 (4 %), tvořili respondenti ve věku 50 a více let.

Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Středoškolské s maturitou	47	61 %
Vyšší odborné	61 %	8 %
Vysokoškolské bakalářské	23	30 %
Vysokoškolské magisterské	1	1 %
Jiné	0	0 %



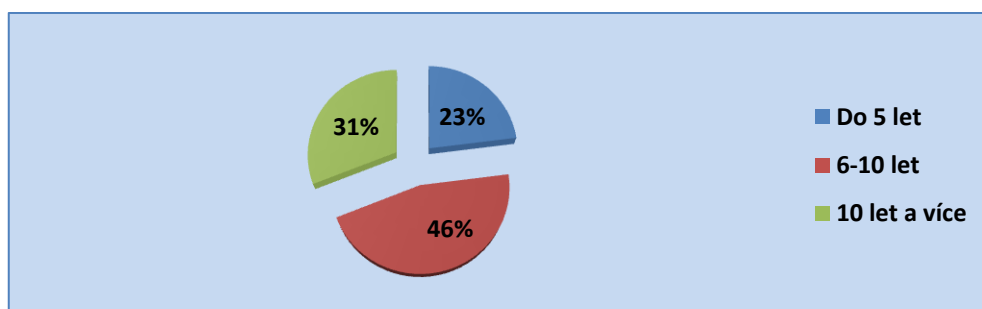
GRAF 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z celkového počtu 87 (100 %) bylo u 47 (61 %) respondentů nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolské s maturitou. Celkem 23 (30 %) respondentů uvedlo jako své nejvyšší vzdělání vysokoškolské bakalářské, 6 (8 %) respondentů vyšší odborné a pouze 1 (1 %) respondent vysokoškolské magisterské vzdělání. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů označilo 0 (0 %) respondentů jiné nejvyšší dosažené vzdělání, než byla v dotazníku nabízena.

Otázka č. 4 Zaškrtněte Vaši délku praxe v oboru

Tabulka č. 4 Délka praxe respondentů v oboru

Délka praxe	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
do 5 let	20	23 %
6-10 let	40	46 %
10 let a více	27	31 %



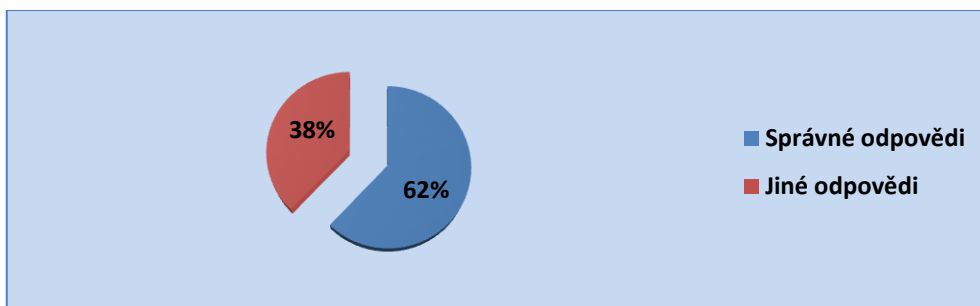
GRAF 4 Délka praxe v oboru respondentů v oboru

Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů tvořilo největší skupinu 40 (46 %) respondentů s praxí 6- 10 let. Další skupinou bylo 27 (31 %) respondentů s délkou praxe 10 let a více. Nejmenší skupinu tvořili respondenti s praxí do 5 let, a to celkem 20 (23 %) respondentů.

Otázka č. 5 Víte, k čemu slouží ošetrovatelské hodnoticí škály?

Tabulka č. 5 Znalosti respondentů o správném využití hodnoticích škál

Délka praxe	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Správné odpovědi	54	38 %
Jiné odpovědi	33	62 %



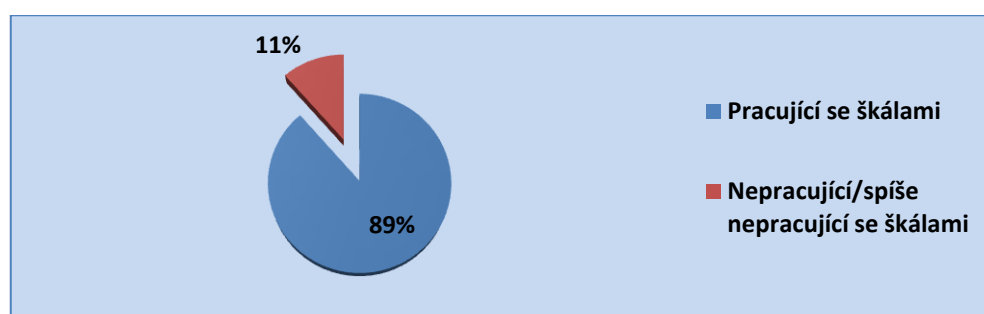
GRAF 5 Znalosti respondentů o správném využití škál

Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů označilo 54 (62 %) respondentů správné odpovědi. Tito respondenti správně uvedli, že škály se používají k posouzení stavu vědomí, k hodnocení stupně zdravotních rizik a že to jsou nástroje, podle kterých můžeme hodnotit pacienta dle jeho diagnózy. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů celkem 33 (38 %) respondentů označilo jen některé ze správných odpovědí, tito respondenti zároveň označovali i chybné odpovědi. Tito respondenti nesprávně uváděli, že hodnoticí škály slouží k vyhodnocení ošetrovatelské péče nebo že škály jsou tabulky, do kterých pacient vyjádří vybranými body spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí.

Otázka č. 6 Pracujete na Vašem současném pracovišti s hodnoticími škálami?

Tabulka č. 6 Respondenti pracující s hodnoticími škálami

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Pracující se škálami	35	41 %	42	48 %
Nepracující/spíše nepracující	4	5 %	6	7 %



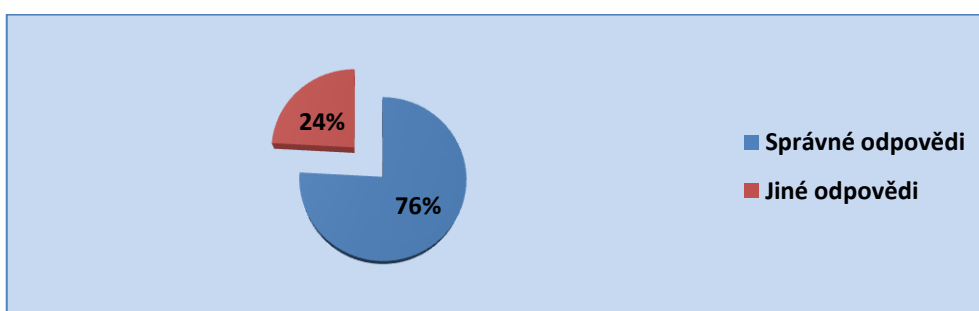
GRAF 6 Respondenti pracující s hodnoticími škálami

Z celkového počtu respondentů 87 (100 %) z chirurgických a interních oddělení vybraných nemocnic označilo 77 (89 %) respondentů, že na svém současném pracovišti s hodnoticími škálami pracují/spíše pracují, takto odpovědělo 35 (41 %) respondentů z interny a 42 (48 %) z chirurgie. Celkem 10 (11 %) respondentů uvedlo, že na současném pracovišti nepracují/spíše nepracují s hodnoticími škálami, z nichž 4 (5 %) byli z interny a 6 (7 %) z chirurgie.

Otázka č. 7 – K jakému posuzování pacienta slouží hodnoticí škály?

Tabulka č. 7 Posuzování pacientů pomocí škál

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Správné odpovědi	31	36 %	35	40 %
Jiné odpovědi	8	9 %	13	15 %



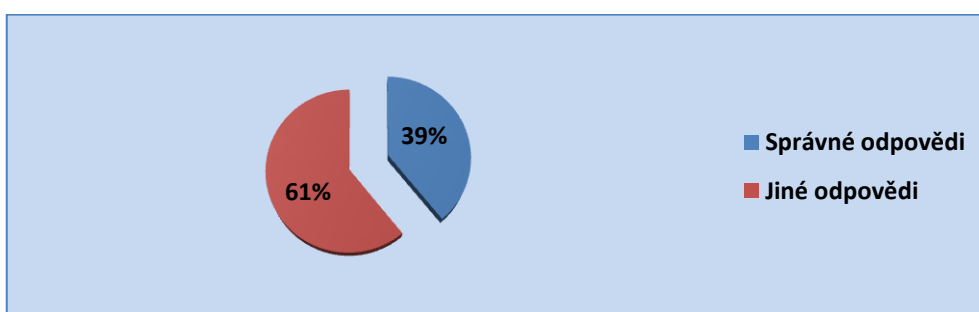
GRAF 7 Posuzování pacientů pomocí škál

Z 87 (100 %) respondentů odpovědělo správně 66 (76 %), 31 (36 %) respondentů z interních a 35 (40 %) z chirurgických oddělení. Tito respondenti správně označili, že dle použité hodnoticí škály lze posuzovat stav pacienta jak objektivně, tak subjektivně. Zbýlých 21 (24 %) respondentů označilo chybné odpovědi, takto odpovídalo 8 (9 %) respondentů z interních a 13 (15 %) z chirurgických oddělení.

Otázka č. 8 - Kdy hodnocení stavu pacienta pomocí hodnoticích škál na Vašem pracovišti využíváte?

Tabulka č. 8 Kdy respondenti hodnoticí škály využívají

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Správné odpovědi	18	21 %	16	18 %
Jiné odpovědi	30	35 %	23	26 %



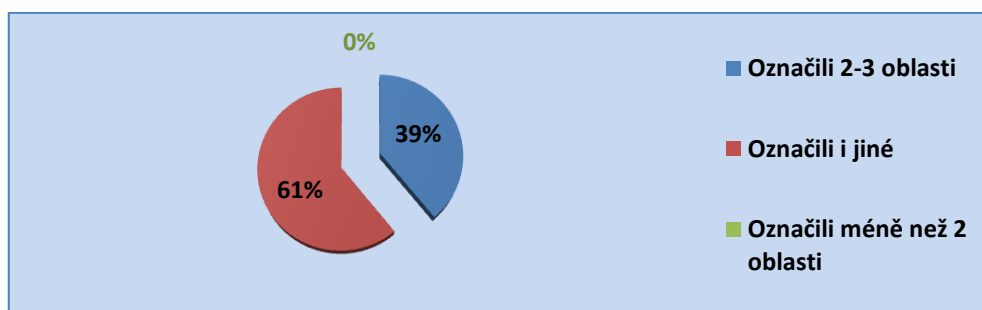
GRAF 8 Kdy respondenti hodnoticí škály využívají

Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů pouze 34 (39 %) respondentů označilo všechny správné odpovědi. Tito respondenti správně využívají hodnoticí škály při příjmu pacienta, při překladi na jiné oddělení, při nežádoucí příhodě, při propuštění pacienta, ale i před operačním výkonem. Správně odpovídalo 18 (21 %) respondentů z interny a 16 (18 %) respondentů z chirurgie. Celkem 53 (61 %) respondentů ale odpovídalo špatně, protože nevyužívají hodnoticí škály ve všech situacích. Takto odpovídalo 30 (35 %) respondentů z interny a 23 (26 %) respondentů z chirurgie.

Otázka č. 9 - Vaše ošetrovatelská dokumentace obsahuje škály pro hodnocení z kterých následujících oblastí?

Tabulka č. 9 Oblasti hodnoticích škál v ošetrovatelské dokumentaci lůžkových oddělení

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Označili 2-3 oblasti	18	20 %	16	18 %
Označili i jiné	30	35 %	23	26 %
Označili méně než 2 oblasti	0	0 %	0	0 %



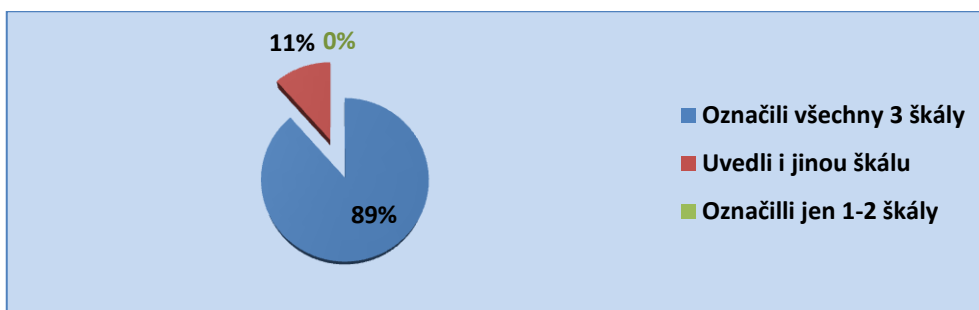
GRAF 9 Oblasti hodnoticích škál v ošetrovatelské dokumentaci lůžkových oddělení

Správně odpovídalo 34 (39 %) respondentů, kteří označili dvě až tři nejpoužívanější oblasti škál. Nabízeny byly škály k hodnocení soběstačnosti pacienta, bolesti a rizika vzniku dekubitů. Odpovědělo tak 18 (20 %) respondentů z interny a 16 (18 %) z chirurgie, 53 (61 %) respondentů označilo všechny tři z nejužívanějších oblastí a navíc uvedli i jiné. Takto odpovědělo 30 (35 %) respondentů z interních a 23 (26 %) respondentů z chirurgických oddělení. Výsledky dotazníku ukazují, že 0 (0 %) respondentů používá méně než 2 z uvedených oblastí hodnoticích škál.

Otázka č. 10 - Obsahuje Vaše ošetrovateľská dokumentace některé z následujících hodnoticích škál?

Tabulka č. 10 Typy škál v ošetrovateľskej dokumentaci lôžkových oddelení

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Označili všechny 3 škály	42	49 %	35	40 %
Uvedli i jinou škálu	6	7 %	4	4 %
Označili méně jen 1-2 škály	0	0 %	0	0 %



GRAF 10 Typy škál v ošetrovateľskej dokumentaci lôžkových oddelení

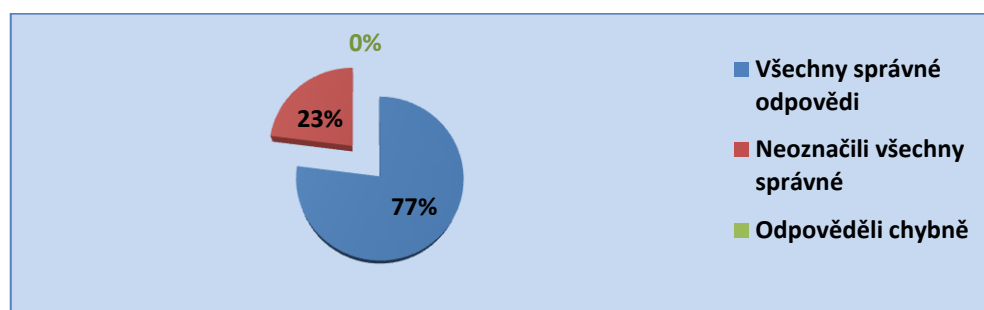
V této otázce bylo vyšetřeno 77 (89 %) správných odpovědí, tyto respondenti uvedli, že jejich ošetrovateľská dokumentace obsahuje všechny z uvedených škál. Jejich dokumentace obsahují Barthelův test základních všedních činností, Vizuální analogovou škálu a škálu Nortonové. 10 (11 %) respondentů označilo všechny nabízené škály a zároveň uvedli i jiné škály, které obsahuje jejich ošetrovateľská dokumentace.

Mezi respondenty bylo 0 (0 %) sester, na jejichž pracovišti by se nevyžívaly všechny z vyjmenovaných ošetrovateľských škál.

Otázka č. 11 - Jakou hodnoticí škálu lze použít k posouzení soběstačnosti pacienta?

Tabulka č. 11 Jakou hodnoticí škálu by respondenti použili k posouzení soběstačnosti pacienta

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Označili všechny 3 správné odpovědi	35	40 %	32	37 %
Neoznačili všechny správné Odpověděli chybně	7	8 %	13	15 %
	0	0 %	0	0 %



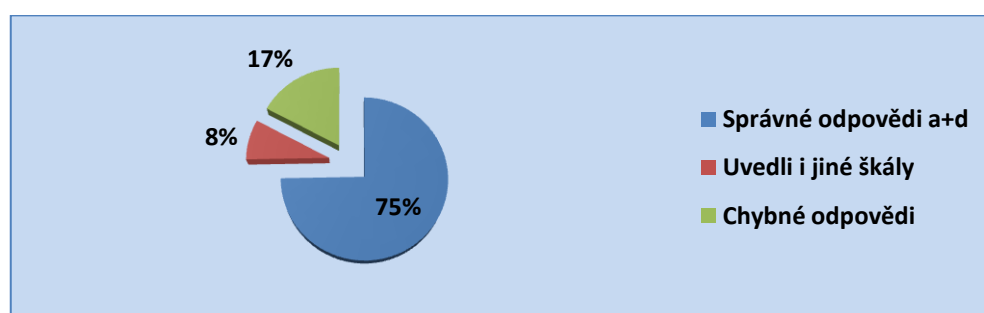
GRAF 11 Jakou hodnoticí škálu by respondenti použili k posouzení soběstačnosti pacienta

Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů označilo celkem 67 (77 %) respondentů všechny správné škály k hodnocení soběstačnosti. Správně odpovědělo 35 (40 %) respondentů z interních a 32 (37 %) z chirurgických oddělení. Zbylých 20 (23 %) respondentů odpovědělo správně, ale neoznačilo všechny správné škály pro hodnocení soběstačnosti. Chybnou odpověď označilo 0 (0 %) respondentů.

Otázka č. 12 - Jakou hodnoticí škálu lze použít k hodnocení bolesti?

Tabulka č. 12 Jakou hodnoticí škálu by respondenti použili k hodnocení bolesti

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Správné odpovědi a+d	36	41 %	29	33 %
Uvedli i jiné škály	4	5 %	3	3 %
Chybné odpovědi	7	8 %	8	9 %



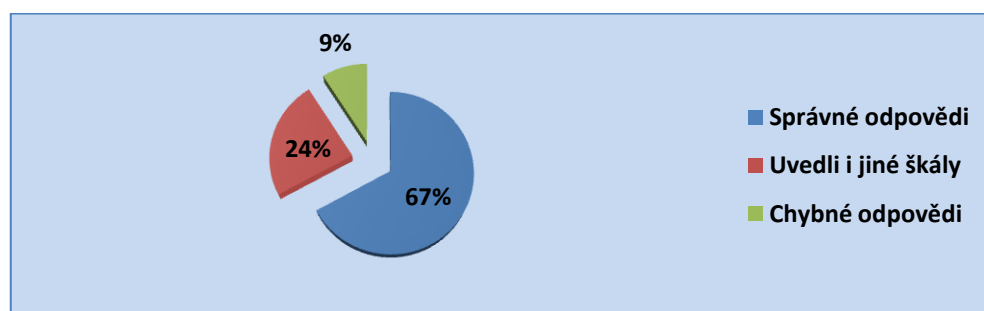
GRAF 12 Jakou hodnoticí škálu by respondenti použili k hodnocení bolesti

Správně odpovídalo 65 (75 %) respondentů. Tito lékaři uvedli správné odpovědi, že k hodnocení bolesti by použili Vizuální analogovou škálu a Melzackovu stupnici. Mezi těmito respondenty bylo 7 (8 %) respondentů, kteří uvedli navíc i jiné škály k hodnocení bolesti. Chybné odpovědi v této otázce označilo celkem 15 (17 %) respondentů, 7 (8 %) z interních a 8 (9 %) z chirurgických oddělení.

Otázka č. 13 - Jakou hodnoticí škálu použijete pro hodnocení rizika vzniku dekubitů?

Tabulka č. 13 Jakou hodnoticí škálu by respondenti použili pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Správné odpovědi a+c	28	32 %	31	35 %
Uvedli i jiné škály	16	18 %	5	6 %
Chybné odpovědi	5	6 %	3	3 %



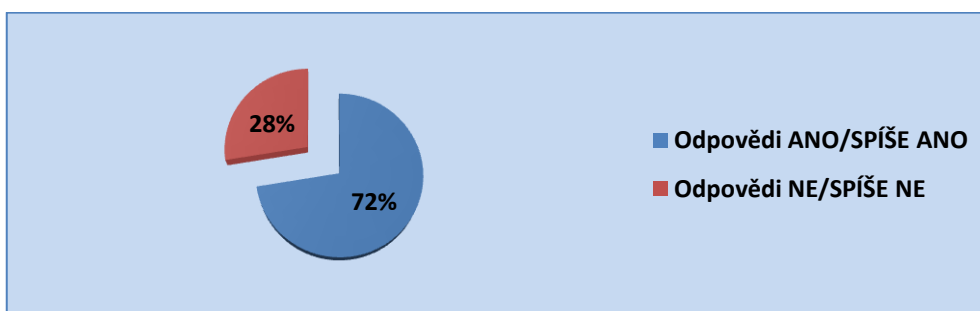
GRAF 13 Jakou hodnoticí škálu by respondenti použili pro hodnocení rizika dekubitů

Správně by k hodnocení rizika vzniku dekubitů použilo škálu Nortonové a Shannovu škálu celkem 59 (64 %) respondentů. Takto odpovědělo 16 (18 %) respondentů z interny a 5 (6 %) z chirurgie. Celkem 21 (24 %) respondentů odpovědělo správně a navíc uvedli i jiné škály, 16 (18 %) respondentů z interny a 5 (6 %) respondentů z chirurgie. Chybně v této otázce odpovídalo 8 (9 %) respondentů, z nichž bylo 5 (6 %) respondentů z interny a 3 (3 %) z chirurgie.

Otázka č. 14 - Hodnotíte na Vašem pracovišti pomocí hodnoticích škál kognitivní funkce?

Tabulka č. 14 Hodnocení kognitivních funkcí pomocí hodnoticích škál

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO	41	47 %	22	25 %
Odpovědi NE/SPÍŠE NE	7	8 %	17	20 %



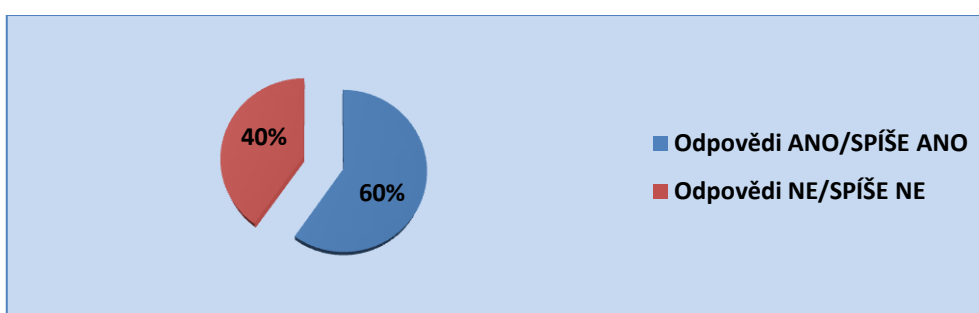
GRAF 14 Hodnocení kognitivních funkcí pomocí hodnoticích škál

V této otázce z celkového počtu 87 (100 %) respondentů odpovídalo kladně celkem 63 (72 %) respondentů, kteří uváděli odpovědi ano/spíše ano, tedy že na jejich pracovišti hodnotí/spíše hodnotí kognitivní funkce pomocí hodnoticích škál. Zbylých 24 (28 %) respondentů označilo odpověď ne/spíše ne, a tedy nehodnotí/spíše nehodnotí kognitivní funkce pomocí hodnoticích škál.

Otázka č. 15 - Hodnotíte na Vašem pracovišti pomocí hodnoticích škál nutriční stav?

Tabulka č. 15 Hodnocení nutričního stavu pomocí hodnoticích škál

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPIŠE ANO	27	31 %	25	29 %
Odpovědi NE/SPIŠE NE	21	24 %	14	16 %



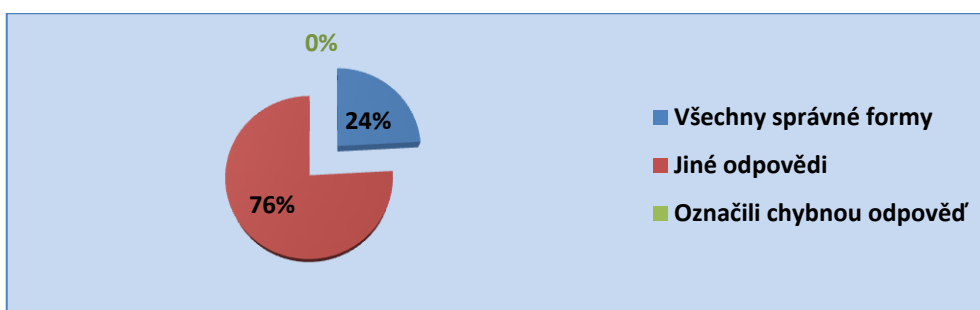
GRAF 15 Hodnocení nutričního stavu pomocí hodnoticích škál

Variety odpovědí ano/spíše ano uvedlo celkem 52 (60 %) respondentů. Tito respondenti hodnotí/spíše hodnotí na jejich pracovišti nutriční stav pomocí hodnoticích škál. Kladné odpovědi označilo 27 (31 %) respondentů z interních a 25 (29 %) z chirurgických oddělení. Odpovědi ne/spíše ne označilo 35 (40 %) respondentů, tito respondenti nutriční stav pomocí škál nehodnotí/spíše nehodnotí.

Otázka č. 16 - Jakou formou získáváte od pacienta informace pro vyplnění hodnoticích škál?

Tabulka č. 16 Jakou formou získávají respondenti od pacienta informace pro vyplnění hodnoticích škál

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Označili všechny správné formy	12	13 %	9	11%
Neoznačili všechny formy	36	41 %	30	35 %
Označili chybnou odpověď	0	0 %	0	0 %



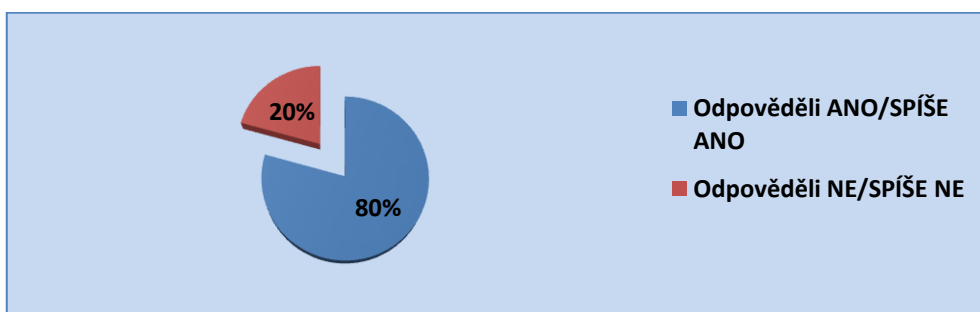
GRAF 16 Jakou formou získávají respondenti od pacienta informace pro vyplnění hodnoticích škál

Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů uvedlo pouhých 21 (24 %) všechny správné varianty odpovědí, označili tedy všechny správné formy. Informace od pacientů získávají rozhovorem s pacientem, pomocí dotazníků a pozorováním pacienta. 66 (76 %) respondentů neoznačilo všechny nabízené formy. Tyto sestry tedy nevyužívají všechny formy pro získávání informací. Chybnou odpověď, že informace pro vyplnění škál získáváme pomocí laboratorních výsledků, označilo 0 (0 %) respondentů.

Otázka č. 17 - Je na Vašem pracovišti vyžadováno, abyste podle výsledků hodnoticích škál sestavoval/a ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán?

Tabulka č. 17 Povinnost respondentů stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán pomocí výsledků hodnoticích škál

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO	39	45 %	30	35 %
Odpovědi NE/SPÍŠE NE	9	10 %	9	10 %



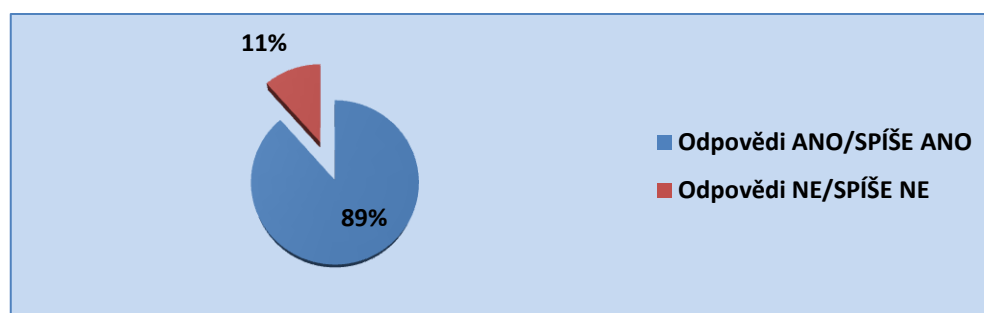
GRAF 17 Povinnost respondentů stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán pomocí výsledků hodnoticích škál

Správně označilo 69 (80 %) respondentů odpovědi ano/spíše ano. Po těchto sestrách je vyžadováno stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelské plány pomocí výsledků hodnoticích škál. Kladné odpovědi uvedlo 39 (45 %) sester z interních a 30 (35 %) z chirurgických oddělení. Zbýlých 18 (20 %) respondentů označilo odpovědi ne/spíše ne, tudíž nejsou/spíše nejsou povinni pomocí výsledků hodnoticích škál stanovovat ošetrovatelské diagnózy a plány. Záporně odpovědělo 9 (10 %) respondentů z interně a shodně 9 (10 %) respondentů z chirurgie.

Otázka č. 18 - Jste schopen/a na základě výsledků hodnoticích škál stanovit ošetrovatelskou diagnózu?

Tabulka č. 18 Schopnost respondentů stanovovat ošetrovatelské diagnózy na základě výsledků hodnoticích škál

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO	42	49 %	35	40 %
Odpovědi NE/SPÍŠE NE	6	6 %	4	5 %



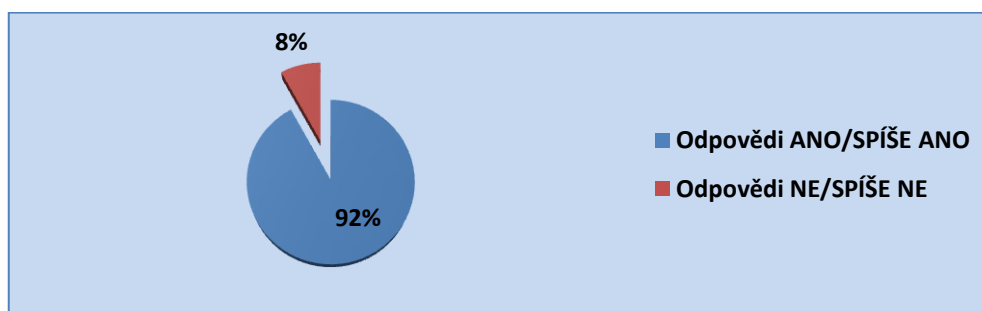
GRAF 18 Schopnost respondentů stanovovat ošetrovatelské diagnózy na základě výsledků hodnoticích škál

Odpovědi ani/spíše ano označilo 77 (89 %) respondentů. Tyto sestry jsou schopné/spíše schopné stanovovat na základě výsledků hodnoticích škál ošetrovatelské diagnózy. Pozitivně odpovídalo 42 (49%) respondentů z interny a 35 (40 %) z chirurgie. Zbýlých 10 (11 %) respondentů odpovídalo záporně a označovali odpovědi ne/spíše ne. Tyto sestry nejsou/spíše nejsou schopné pomocí škál stanovovat ošetrovatelské diagnózy. Takto odpovědělo 6 (6 %) sester z interny a 4 (5 %) z chirurgie.

Otázka č. 19 - Jste schopen/a pomoci výsledků hodnoticích škál stanovit ošetrovatelský plán?

Tabulka č. 19 Schopnost respondentů stanovovat ošetrovatelský plán pomocí výsledků hodnoticích škál

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPIŠE ANO	45	52 %	35	40 %
Odpovědi NE/SPIŠE NE	3	3 %	4	5 %



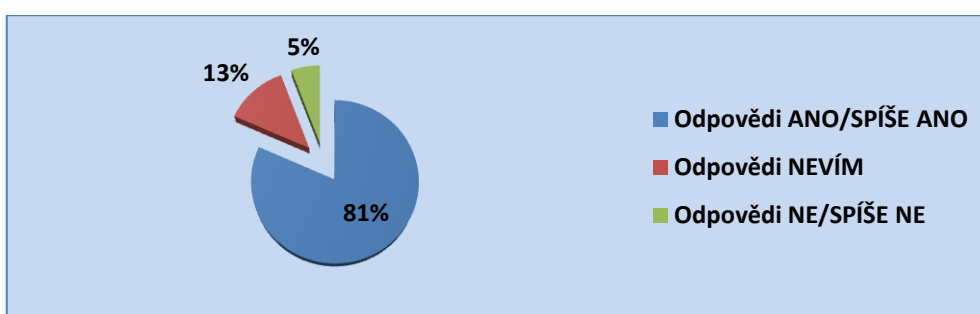
GRAF 19 Schopnost respondentů stanovovat ošetrovatelský plán pomocí výsledků hodnoticích škál

Správně odpovídalo 80 (92 %) respondentů, označovali odpovědi ano/spíše ano. Tyto sestry tedy jsou/spíše jsou schopné stanovovat ošetrovatelské plány pomocí výsledků hodnoticích škál. Kladné odpovědi byly zastoupeny 45 (52 %) respondenty z interních a 35 (40 %) z chirurgických oddělení. Negativní odpovědi ne/spíše ne označilo celkem 7 (8 %) respondentů. Tyto sestry nejsou/spíše nejsou schopné pomoci výsledků škál stanovovat ošetrovatelské plány.

Otázka č. 20 - Vnímáte používání hodnoticích škál v péči o pacienta jako přínos?

Tabulka č. 20 Jak respondenti vnímají používání hodnoticích škál

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO	39	44 %	32	37 %
Odpovědi NEVÍM	6	7 %	5	6 %
Odpovědi NE/SPÍŠE NE	3	3 %	2	2 %



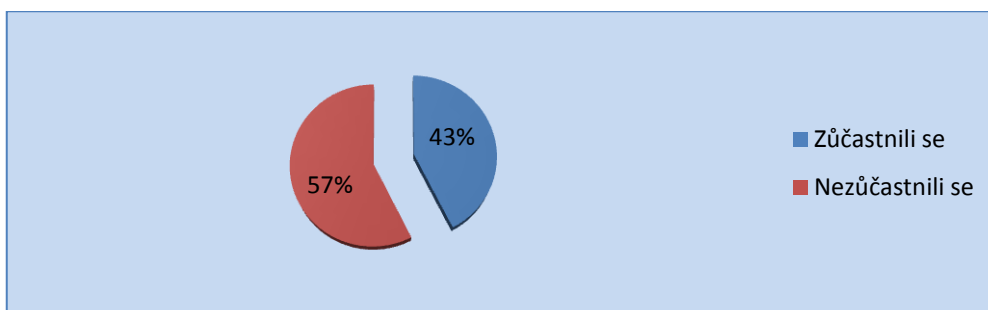
GRAF 20 Jak respondenti vnímají používání hodnoticích škál

Přínosem v ošetrovatelské péči jsou hodnoticí škály pro 71 (81 %) respondentů. Kladně odpovídalo 39 (44 %) sester z interny a 32 (37 %) z chirurgie. Celkem 11 (13 %) respondentů neví, jestli jsou hodnoticí škály přínosem pro péči. Zbýlých 5 (6 %) respondentů nepovažuje hodnoticí škály za přínos v ošetrovatelské péči.

Otázka č. 21 - Zúčastnil/a jste se někdy přednášky nebo semináře, který se zabýval hodnoticími škálami a možnostmi jejich využití v praxi?

Tabulka č. 21 Zkušenost respondentů se semináři/přednáškami na téma ošetrovatelské hodnocení/hodnoticí škály

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO	15	17 %	22	25 %
Odpovědi NE	33	38 %	17	19 %



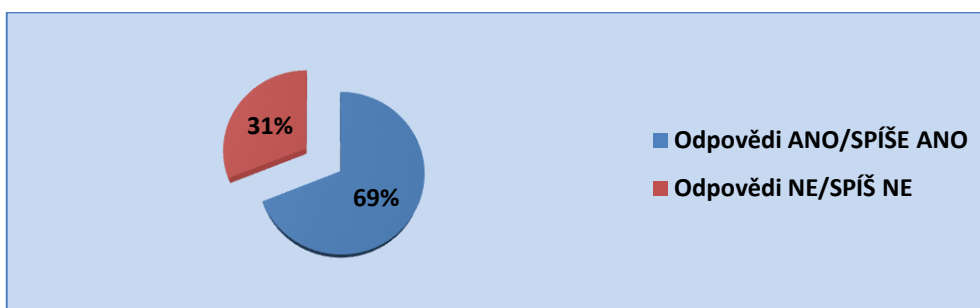
GRAF 21 Zkušenost respondentů se semináři/přednáškami na téma ošetrovatelské hodnocení/hodnoticí škály

Semináře/ přednášky na téma ošetrovatelské hodnocení/hodnoticí škály se podle výsledků mezi sestrami zúčastnilo pouze 37 (43 %) respondentů. Odpovědělo tak 15 (17 %) respondentů z interny a 22 (26 %) z chirurgie. Záporné odpovědi uvedlo 50 (57 %) respondentů, tyto sestry se nikdy žádného semináře nebo přednášky na dané téma nezúčastnily. Takto odpovídalo 33 (38 %) respondentů z interny a 17 (19 %) z chirurgie.

Otázka č. 22 Uvítal/a byste seminář nebo přednášku zabývající se tímto tématem?

Tabula č. 22 Všeobecné sestry, které by uvítaly/neuvítaly přednášku/seminář na téma ošetrovatelské hodnocení/hodnoticí škály

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
SESTRY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO	32	37 %	28	32 %
Odpovědi NE/SPÍŠE NE	16	18 %	11	13 %



GRAF 22 Všeobecné sestry, které by uvítaly/neuvítaly přednášku/seminář na téma ošetrovatelské hodnocení/hodnoticí škály

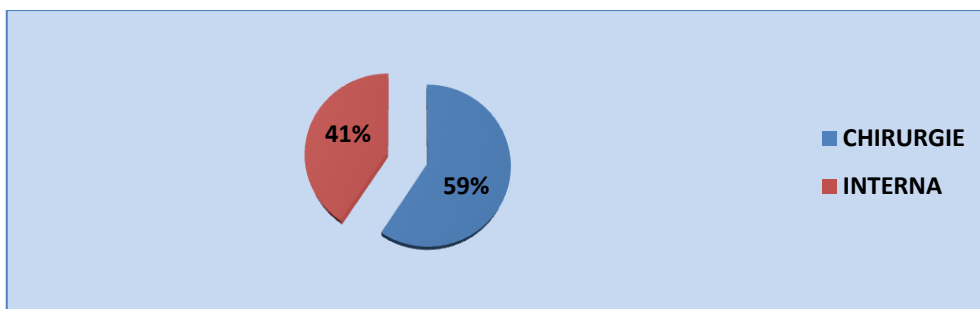
V této otázce bylo vyšetřeno 60 (69 %) kladných odpovědí. Seminář/přednášku na téma ošetrovatelské hodnocení/hodnoticí škály by uvítalo 32 (37 %) respondentů z interny a 28 (32 %) z chirurgie. Nezájem o seminář/přednášku na dané téma projevilo celkem 27 (31 %) respondentů. Negativně odpovídalo 16 (18 %) sester z interny a 11 (13 %) sester z chirurgie.

10.2. Analýza výsledků – ošetřující lékaři

Otázka č. 1 - Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka č. 23 Pracoviště respondentů

PRACOVIŠTĚ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
CHIRURGIE	16	72 %
INTERNA	11	28 %



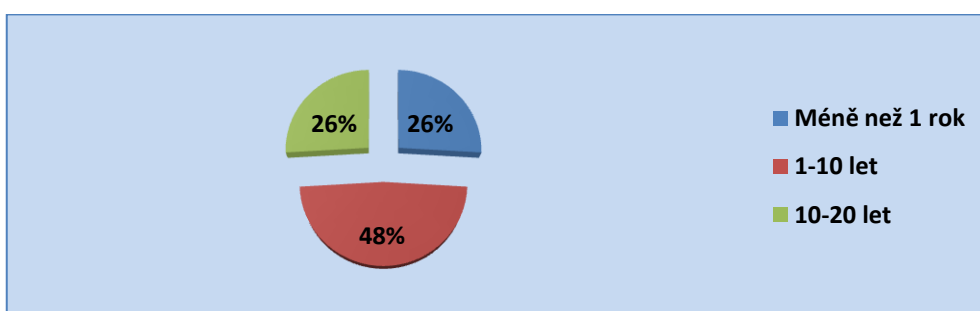
GRAF 23 Pracoviště respondentů

Z celkového počtu 27 (100 %) respondentů bylo 16 (72 %) respondentů z chirurgických lůžkových oddělení a 11 (41 %) z interních lůžkových oddělení vybraných nemocnic.

Otázka č. 2 - Zaškrtněte délku Vaší praxe v oboru

Tabulka č. 24 Délka praxe respondentů v oboru

Délka praxe	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Méně než 1 rok	7	26
1-10 let	13	48 %
10-20 let	7	26 %



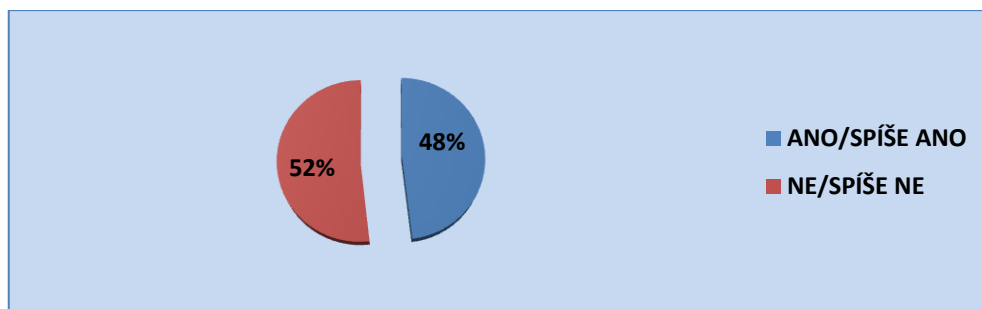
GRAF 24 Délka praxe respondentů

Z celkového počtu 27 (100 %) respondentů tvořilo celkem 13(48 %) respondentů skupinu s praxí 1-10 let. Další skupinou byli respondenti s praxí méně než 1 rok, tvořilo ji 7 (26 %) respondentů. Délku praxe v oboru 10-20 let uvádělo shodně 7 (26 %) respondentů.

Otázka č. 3 - Nahlížíte na svém pracovišti do ošetrovateľskej dokumentace vašich pacientů?

Tabulka č. 25 Nahlížení ošetřujících lékařů do ošetrovateľskej dokumentace

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
LÉKAŘI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPIŠE ANO	5	18 %	8	30 %
Odpovědi NE/SPIŠE NE	6	22 %	8	30 %



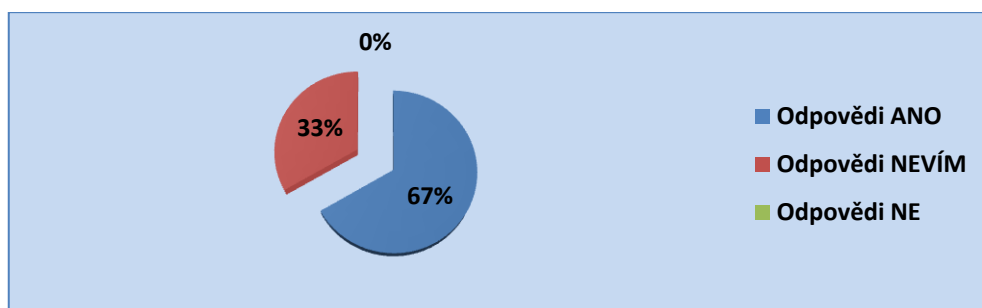
GRAF 25 Nahlížení ošetřujících lékařů do ošetrovatelské dokumentace

Kladné odpovědi uvedlo 13 (48 %) respondentů, označili odpovědi ano/spíše ano, 5 (18 %) těchto respondentů bylo z interních a 8 (30 %) z chirurgických oddělení. Tito lékaři nahlíží/spíše nahlíží do ošetrovatelské dokumentace. Záporné odpovědi ne/spíše ne označilo 14 (52 %) respondentů, takto odpovědělo 6 (22 %) respondentů z interních a 8 (30 %) z chirurgických oddělení. Tito lékaři nenahlíží/spíše nenahlíží do ošetrovatelské dokumentace.

Otázka č. 4 - Už jste se za svou praxi setkal/a s ošetrovatelskými hodnoticími škálami?

Tabulka č. 26 Praxe respondentů s ošetrovatelskými hodnoticími škálami

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
LÉKAŘI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO	7	26 %	11	41 %
Odpovědi NEVÍM	4	15 %	5	18 %
Odpovědi NE	0	0 %	0	0 %



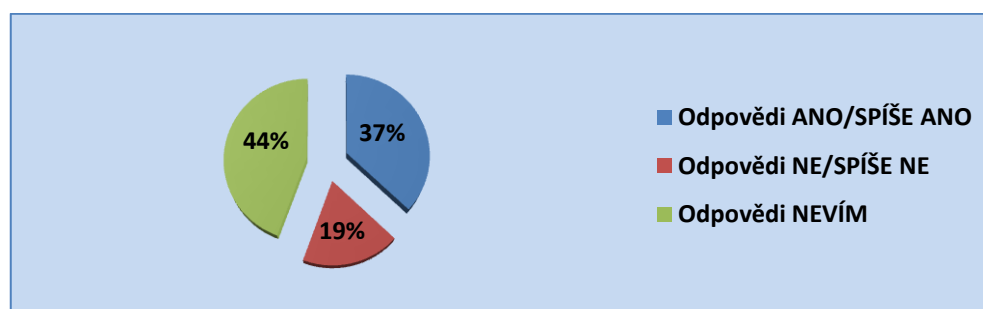
GRAF 26 Praxe respondentů s ošetrovatelskými hodnoticími škálami

Mezi lékaři se 18 (67 %) respondentů již za svou praxi setkala s hodnoticími škálami. Odpovědělo tak 7 (26 %) respondentů z interních a 11 (41 %) z chirurgických oddělení. Zbýlých 9 (33 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli se již s hodnoticími škálami ve své praxi setkali, tuto odpověď označili 4 (15 %) lékaři z interních a 5 (18 %) lékařů z chirurgických oddělení. Odpověď ne uvedlo 0 (0 %) respondentů, mezi lékaři tedy není nikdo, kdo si je vědom, že se za svou praxi s hodnoticími škálami ještě nesetkal.

Otázka č. 5 - Patří hodnoticí škály do zdravotní dokumentace?

Tabulka č. 27 Škály jako součástí zdravotní dokumentace

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
LÉKAŘI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO/SPIŠE ANO	4	15 %	6	22 %
Odpovědi NE/SPIŠE NE	2	8 %	3	11 %
Odpovědi NEVÍM	5	19 %	7	25 %



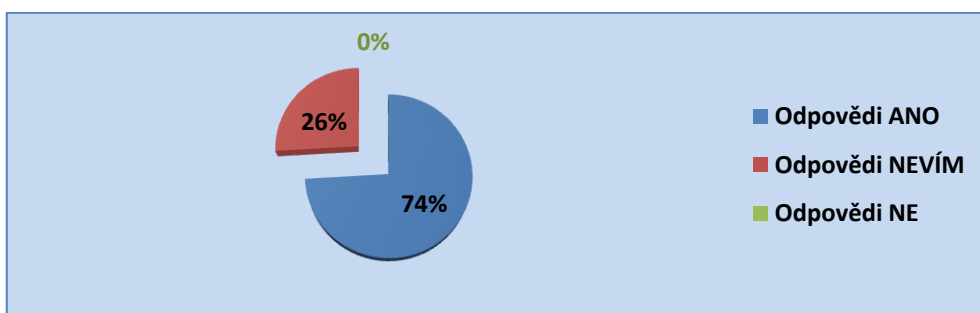
GRAF 27 Škály jako součástí zdravotní dokumentace

Odpovědi ano/spíše ano označilo v této otázce pouze 10 (37 %) respondentů. Tuto skupinu tvořili 4 (15 %) respondenti z interních a 6 (22 %) z chirurgických oddělení. Odpověď nevím označilo celkem 12 (44 %) respondentů, z nichž 5 (19 %) respondentů bylo zastoupeno interním oborem a 7 (25 %) chirurgickým. Zbýlých 5 (19 %) respondentů označilo odpovědi ne/spíše ne. Tito lékaři tvrdili, že hodnoticí škály nepatří/spíše nepatří do zdravotní dokumentace. Negativní odpověď označili 2 (8 %) respondenti z interny a 3 (11 %) z chirurgie.

Otázka č. 6 - Jsou na Vašem pracovišti hodnoticí škály součástí ošetrovatelské dokumentace?

Tabulka č. 28 Povědomí respondentů o tom, zda jsou hodnoticí škály na jejich pracovišti součástí ošetrovatelské dokumentace

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
LÉKAŘI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO	7	26 %	13	48 %
Odpovědi NE	0	0 %	0	0 %
Odpovědi NEVÍM	4	15 %	3	11 %



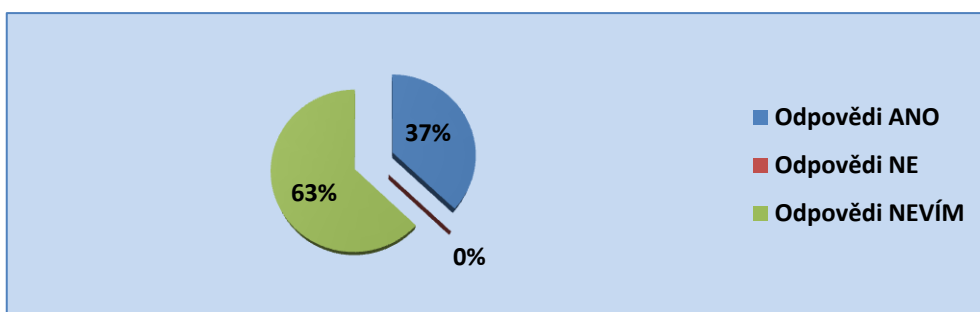
GRAF 28 Povědomí respondentů o tom, zda jsou hodnoticí škály na jejich pracovišti součástí ošetrovatelská dokumentace

Podle výsledků 20 (74 %) respondentů označilo odpověď ano, takto odpovědělo 7 (26 %) respondentů z interních a 13 (48 %) respondentů z chirurgických oddělení. Tito respondenti tvrdili, že na jejich pracovištích jsou hodnoticí škály součástí ošetrovatelské dokumentace. Odpověď ne označilo 0 (0 %) respondentů jak z interních, tak z chirurgických oddělení. Zbýlých 7 (26 %) respondentů uvedlo odpověď nevím, z nichž byli 4 (15 %) respondenti z interních a 3 (11 %) z chirurgických oddělení. Tito lékaři neví, zda jsou hodnoticí škály na jejich pracovišti součástí ošetrovatelské dokumentace.

Otázka č. 7 - Viděl/a jste někdy ošetřující sestru vyplňovat s pacientem hodnoticí škálu?

Tabulka č. 29 Viděli respondenti už nějakou sestru vyplňovat s pacientem hodnoticí škálu?

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
LÉKAŘI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO	4	15 %	6	7 %
Odpovědi NE	0	0 %	0	0 %
Odpovědi NEVÍM	7	26 %	10	37 %



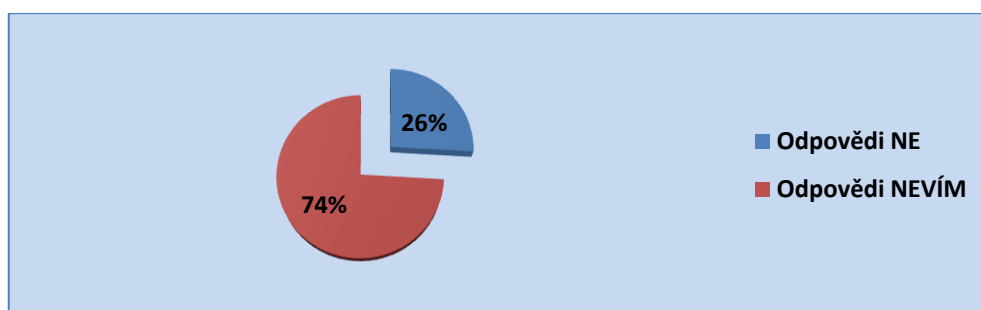
GRAF 29 Viděli respondenti už nějakou sestru vyplňovat s pacientem hodnoticí škálu?

Kladně odpovědělo 10 (37 %) respondentů odpověď ano. Tito respondenti již viděli sestru vyplňovat hodnoticí škálu. Celkem 17 (63 %) označilo odpověď nevím. Takto odpovídalo 7 (26 %) respondentů z interny a 10 (37 %) respondentů z chirurgie. Odpověď ne označilo 0 (0 %) respondentů jak z chirurgie, tak z interny. Mezi lékaři tedy není nikdo, kdo by si byl vědom, že nikdy neviděl sestru vyplňovat hodnoticí škálu.

Otázka č. 8 - Využil/a jste někdy jako ošetřující lékař při své práci výsledek hodnoticích škál z ošetrovatelské dokumentace Vašeho pacienta?

Tabulka č. 30 Využívání hodnoticích škál respondenty

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
LÉKAŘI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO	2	7 %	5	19 %
Odpovědi NEVÍM	9	41 %	11	33 %



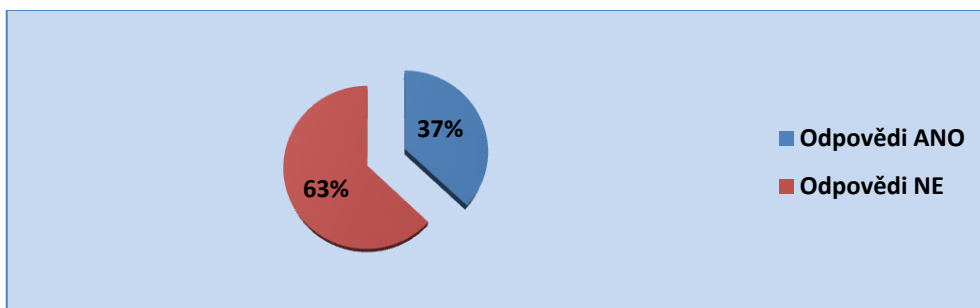
GRAF 30 Využívání výsledků hodnoticích škál respondenty

V této otázce označilo pouze 7 (26 %) respondentů odpověď ano, odpověděli tak 2 (7 %) respondenti z interních a 5 (19 %) respondentů z chirurgických oddělení. Tito respondenti již využili při své práci výsledek hodnoticích škál. Celkem 20 (74 %) respondentů označilo odpověď nevím, 11 (41 %) respondentů z interních a 9 (33 %) respondentů z chirurgických oddělení. Odpověď ne uvedlo 0 (0 %) respondentů jak z chirurgie, tak z interny.

Otázka č. 9 Jsou podle Vás hodnoticí škály přínosem v ošetrovatelské péči o pacienta?

Tabulka č. 31 Hodnoticí škály jako přínos v ošetrovatelské péči

ODDĚLENÍ	INTERNA		CHIRURGIE	
LÉKAŘI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Odpovědi ANO	4	11 %	6	26 %
Odpovědi NE	8	31 %	9	32 %



GRAF 31 Hodnoticí škály jako přínos v ošetrovatelské péči

Za přínos v ošetrovatelské péči považuje hodnoticí škály mezi lékaři jen 10 (37 %) respondentů. Kladně odpovídali 4 (11 %) respondenti z interny a 6 (26 %) respondentů z chirurgie. Zbylých 17 (63%) respondentů odpovědělo ne a nepovažují hodnoticí škály za přínos v ošetrovatelské péči. Negativní odpověď označovalo 8 (31 %) lékařů z interny a 9 (32 %) z chirurgie.

11. Potvrzení hypotéz

Bylo prováděno dotazníkové šetření na interních a chirurgických odděleních ve třech nemocnicích České republiky. Výzkum byl rozdělen na dvě oblasti. Vyšetřovali jsme využívání ošetrovatelských hodnoticích škál. Prvním vzorkem byly všeobecné sestry, druhým vzorkem pro vypracování výzkumné části práce byli ošetřující lékaři.

Pro vyšetřování využití ošetrovatelských hodnoticích škál u sester byly stanoveny 3 hypotézy.

Hypotéza 1 - Používání hodnoticích škál se liší dle daného pracoviště.

Na základě výsledků dotazníkového šetření byla hypotéza č. 1 **zamítnuta**. Výsledky výzkumu ukazují, že chirurgická a interní oddělení vybraných pracovišť využívají stejné typy hodnoticích škál.

Hypotéza 2 - Všeobecné sestry stanovují pomocí výsledků hodnoticích škál ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán. Tato hypotéza byla také testována jak na interních, tak na chirurgických odděleních. Všeobecné sestry svými odpověďmi v dotazníku na příslušné otázky prokázaly, že jsou povinné a schopné pomocí výsledků hodnoticích škál stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelské plány. Hypotéza č. 2 byla **potvrzena**.

Hypotéza 3 - Ošetrovatelské dokumentace na interních a lůžkových odděleních obsahují základní hodnoticí škály - test soběstačnosti pacienta, záznam hodnocení rizika dekubitů, záznam hodnocení bolesti. Tato hypotéza byla také **potvrzena** na základě dotazníku určeného všeobecným sestrám, které svými odpověďmi potvrdily, že ošetrovatelské dokumentace na jejich pracovištích obsahují základní hodnoticí škály.

Pro vyšetřování znalosti a využití ošetrovatelských hodnoticích škál u druhého vzorku, ošetřujících lékařů, byla stanovena 1 hypotéza. Tato hypotéza byla také vyšetřována na lůžkových odděleních interních a chirurgických oborů.

Hypotéza 4 - Lékaři pracující na daných odděleních využívají při své práci záznamy v ošetrovatelské dokumentaci a nahlíží do výsledků hodnoticích škál pacientů. Tato poslední hypotéza č. 4 byla **zamítnuta**, protože lékaři pracující na pracovištích vybraných pro výzkum nepotvrdili, že využívají při své práci záznamy v ošetrovatelské dokumentaci a že nahlíží do výsledků hodnoticích škál pacientů.

12.DISKUZE

Hodnoticí škály jsou v současnosti stále více využívány a jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. Jejich využití je zejména na standardních lůžkových odděleních. Všeobecné sestry jsou dnes často na svých pracovištích už přímo povinné s každým pacientem vyplňovat vybrané hodnoticí škály.

Byly stanoveny 4 hypotézy. Celkem bylo vybráno 39 dotazníků od všeobecných sester z interních oddělení a 48 dotazníků od všeobecných sester z chirurgických oddělení. Dotazníkové šetření bylo prováděno v Krajské nemocnici v Liberci, a.s., Nemocnici Nymburk, a.s. a Domažlické nemocnici, a.s. na standardních interních a chirurgických lůžkových odděleních. Nejpočetnější skupiny všeobecných sester z vybraných nemocnic tvořily sestry věkové kategorie 31-40 let a hned za nimi s rozdílem jednoho respondenta sestry ve věku 19-30 let. Většina respondentů byly sestry s praxí 6-10 let a sestry s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským s maturitou.

První hypotéza měla prokázat, že používání hodnoticích škál se liší dle daného pracoviště. K této hypotéze bylo vybráno z dotazníku pro všeobecné sestry celkem 5 otázek, a to otázky 6, 8, 14, 15, a otázka 16. (Příloha č.1 Dotazník pro všeobecné sestry)

V otázce č. 6 (Tabulka č. 6 Respondenti pracující s hodnoticími škálami) jsme se dotazovali respondentů, jestli pracují na jejich současném pracovišti s hodnoticími škálami. Tato otázka nabízela odpovědi ano, spíše ano, ne a spíše ne. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že většina respondentů pracujících na vybraných pracovištích odpovídala kladně. Znamená to, že všeobecné sestry těchto interních a chirurgických oddělení pracují nebo spíše pracují s hodnoticími škálami. Přesto, že výsledek je pozitivní, malá část respondentů uváděla odpovědi ne/spíše ne a tedy hodnoticí škály nevyužívají vůbec nebo je spíše nevyužívají. Pozitivní výsledky potvrzují, že charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka, kdy se sestry zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí biopsychosociální, bytostí holistickou, tak jak uvádí *Trachtová E. (31)*. Biopsychosociální přístup hodnocení nám poskytují právě ošetrovatelské hodnoticí škály. Přesto, že *Trachtová E.* popsala biopsychosociální přístup k člověku jako pacientovi již před devíti lety, je tento postup

v rámci studia oboru všeobecné sestry předáván dodnes a stále se i užívají stejné hodnoticí škály.

V následující otázce č. 8 (Tabulka č. 8 Kdy respondenti hodnoticí škály využívají), jsme zkoumali, kdy respondenti hodnocení stavu pacienta pomocí hodnoticích škál na jejich pracovišti využívají. Respondentům bylo nabídnuto celkem 5 možností odpovědí. Všeobecné sestry měly správně označit všechny z nabízených odpovědí. Měly by správně uvést, že využívají hodnocení stavu pacienta pomocí hodnoticích škál při příjmu, při překladi na jiné oddělení, při nežádoucí příhodě, při propuštění pacienta, ale i před operačním výkonem. Podle výsledků dotazníkového šetření jsme zjistili, že všeobecných sester, které plně využívají hodnoticí škály ve všech zmiňovaných ošetrovatelských výkonech, které jsou součástí ošetrovatelského plánu, je menšina. Využívání škál v těchto situacích usnadňuje získávání informací od pacienta, usnadňuje stanovení či změnu ošetrovatelského plánu, předávání informací a celkově péči pro celý zdravotnický tým. Vzhledem k tomu, že většina respondentů neoznačila všechny odpovědi, a tedy by hodnoticí škály nevyužili ve všech jmenovaných situacích, znamená to, že plně škály nevyužívají, nikdy neabsolvovali žádné školení o tom, jak a kdy nejpoužívanější škály využívat, nebo k tomu nejsou dostatečně vedeny. Počet respondentů z interních oddělení, kteří škály plně nevyužívají, se zanedbatelně liší od počtu sester z chirurgických oddělení. Výsledky této otázky jsou tedy velmi negativní a vypovídají o nedostatečném využívání hodnoticích škál všeobecnými sestrami na interních a chirurgických lůžkových odděleních vybraných zdravotnických zařízení. Jak uvádí *Vytejšková R. a Vondráček L. (37, 38)* ošetrovatelské hodnocení by mělo být součástí celého ošetrovatelského plánu, tedy i ošetrovatelské hodnoticí škály by měly sestry využívat během celého procesu. Naši respondenti tuto skutečnost bohužel nesplňují.

Další otázka č. 14 (Tabulka č. 14 Hodnocení kognitivních funkcí pomocí hodnoticích škál) zjišťovala, jestli respondenti hodnotí na jejich pracovišti pomocí hodnoticích škál také kognitivní funkce. Respondenti měli možnost výběru ze čtyř odpovědí, ano, spíše ano, ne a spíše ne. Z celkového počtu respondentů převládá většina odpověděla kladně. Tito respondenti tedy hodnotí nebo spíše hodnotí pomocí hodnoticích škál také kognitivní funkce. Většina kladných odpovědí však patřila respondentům z interních oborů. Naopak u všeobecných sester na chirurgických odděleních příliš pozitivní výsledky zjištěny nebyly. Téměř polovina respondentů z chirurgických oddělení odpovídala záporně a kognitivní funkce nehodnotí nebo spíše

nehodnotí. Vcelku jsme tedy zjistili velmi pozitivní výsledek této otázky, ale zastoupený ze značné části jen respondenty z interních oborů. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči musí všeobecná sestra hodnotit pacienta nejen po stránce somatické, ale i po mentální a psychické. Podle výsledků tuto povinnost všeobecné sestry na interních oddělení ve svém oboru splňují, všeobecné sestry na chirurgických odděleních nikoli. Tento výsledek může samozřejmě ovlivňovat zaměření chirurgického oddělení a tím typy pacientů na nich hospitalizovaných. Podle *Vlasákové D. (36)* by všeobecná sestra měla umět samostatně rozhodnout, kdy je nutné zhodnocení pomocí škál pro hodnocení kognitivních funkcí, znát projevy poruch kognitivních funkcí a umět správně reagovat. Výsledky by měla předat ošetřujícímu lékaři a založit do ošetrovatelské dokumentace. Odchyłky vyplývající z výsledků by měly být označeny a zapsány do ošetrovatelské dokumentace. Vlasáková také uvádí, že k hodnocení kognitivních funkcí slouží mnoho jednoduchých i složitějších postupů, které lze využít a které by měla všeobecná sestra znát. Měla by mít přehled o základních hodnoticích škálách v této oblasti a jejich použití.

U otázky č. 15 (Tabulka č. 15 Hodnocení nutričního stavu pomocí hodnoticích škál), jestli respondenti hodnotí na svých pracovištích pomocí hodnoticích škál nutriční stav, byl nabízen výběr ze čtyř odpovědí. Respondenti si mohli vybrat z odpovědí ano, spíše ano, ne a spíše ne. Výsledky ukazují, že většina všeobecných sester jak z interních, tak chirurgických lůžkových oddělení škály pro hodnocení nutričního stavu využívá. Nutriční stav se však často využívá jen u specifických diagnóz a ne u všech hospitalizovaných pacientů. Tím lze pravděpodobně vysvětlit fakt, že nemalá část respondentů odpovídala záporně a uváděla, že škály pro hodnocení nutričního stavu nevyužívá nebo spíše nevyužívá. Identifikaci nemocných s rizikem problémů ve výživě provádíme pomocí anamnestických údajů a celkového hodnocení pacienta, kdy se hodnotí zejména zdravotní stav a medikamentózní léčba. Protože škály pro nutriční stav se využívají individuálně dle celkového stavu pacienta, tedy pokud to stav pacienta vyžaduje, jsou naše výsledky šetření o hodnocení nutričního stavu všeobecnými sestrami pozitivní.

U otázky č. 16 (Tabulka č. 16 Jakou formou získávají respondenti od pacienta informace pro vyplnění hodnoticích škál) jsme se dotazovali respondentů, jakou formou získávají od pacientů informace pro vyplňování hodnoticích škál. Možné odpovědi byly rozhovorem s pacientem, z laboratorních výsledků, pomocí dotazníků a nebo pozorováním pacienta. Správně by respondenti měli uvést, že tyto informace získávají

rozhovorem, pomocí dotazníku a pozorováním pacienta. Odpověď, že informace získáváme z laboratorních výsledků, byla nesprávná. Výsledky výzkumu ale značí, že převaha respondentů neuvedla všechny správné odpovědi. Pozitivní je, že chybnou odpověď respondenti neoznačovali, a to jak na chirurgických, tak na interních pracovištích. Všechny tři správné odpovědi neoznačila ani třetina respondentů, kdy rozdíl mezi respondenty z chirurgie a interny byl zanedbatelný. Výsledky nám tedy podávají informaci, že sestry standardních lůžkových oddělení chirurgických a interních oborů z vybraných pracovišť nevyužívají všech základních forem pro získávání informací k vyplňování hodnoticích škál. Dle standardů oddělení záleží, jaké možnosti forem pro získávání informací k hodnocení škálami mají sestry k dispozici. Avšak každá sestra by měla znát, jakým způsobem získávat informace pro vyplňování škál a dle svých poznatků při komunikaci s pacientem zvolit nejvhodnější formu. Někteří pacienti mohou mít problém s ústním sdělením určitých citlivých oblastí, osobních údajů nebo jim může bránit jejich handicap. Formu získávání informací velmi také ovlivňuje prostředí, ve kterém je pacient dotazován. Tyto poznatky však má sestra znát a umět použít v praxi. Mastiliaková D.(14) popisuje, že sestry získávají anamnestické údaje ze zdravotnické dokumentace, rozhovorem s pacientem nebo od rodiny či blízkých osob, dále se zaměřuje na objektivní a subjektivní příznaky a problémy pacienta, které opět hodnotí pomocí rozhovoru, pozorováním, fyzikálním screeningem, posouzením funkční schopnosti, psychického stavu a posouzením sociální oblasti. Formy získávání informací popsané v literatuře od Mastiliakové D. přetrvávají do dnes. Pouze menšina našich respondentů potvrzuje využití všech uvedených forem dle našeho dotazníku a zmiňované literatury.

K potvrzení hypotézy č. 2 byly z dotazníku pro všeobecné sestry vybrány otázky 17, 18, 19. U otázky č. 17 (Tabulka č. 17 Povinnost respondentů stanovovat ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelský plán pomocí výsledků *hodnoticích škál*), jestli je na vybraných pracovištích vyžadováno sestavovat ošetřovatelské diagnózy ošetřovatelské plány podle výsledků hodnoticích škál, měli respondenti na výběr z odpovědí ano, spíše ano, ne a spíše ne. Většina respondentů uvedla kladné odpovědi ano/spíše ano. Prevaha kladných odpovědí byla jak u respondentů z interních oddělení, tak u respondentů z oddělení chirurgických. U těchto respondentů je na jejich pracovišti vyžadováno sestavovat pomocí výsledků hodnoticích škál ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelský plán. Počet záporných odpovědí na těchto dvou odděleních

byl shodný. Výsledek dotazníkového šetření pro tuto otázku je pozitivní a vypovídá o tom, že na standardních lůžkových odděleních chirurgie a interny, na kterých bylo dotazníkové šetření prováděno, je sestavování ošetrovatelských diagnóz a plánů pomocí škál po sestrách opravdu vyžadováno. Tento výsledek je velmi pozitivní. Jak uvádí i *Marečková J. (13)* v Nanda doménách, ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán jsou stěžejními fázemi ošetrovatelského procesu, výsledky hodnoticích škál jejich stanovování usnadňují a urychlují. Kvalita a efektivita procesu závisí jak na vedení pracovišť, tak na organizaci a schopnostech samotných sester, protože zkušená sestra je schopna sestavit ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán u každého pacienta. Právě Nanda domény jsou velmi kvalitní pomůckou pro správný postup k sestavování ošetrovatelských diagnóz a celého ošetrovatelského procesu. Většina našich respondentů je vedena k tomu samostatně pomocí výsledků hodnoticích škál stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán. Možná právě oni pracují také právě s Nanda doménami.

Výsledek předchozí otázky ukazuje, že tento proces je po sestrách na jejich pracovištích vyžadován. V otázce č. 18 (Tabulka č. 18 Schopnost respondentů stanovovat ošetrovatelské diagnózy na základě výsledků hodnoticích škál) se sester dotazujeme, jestli jsou schopny na základě výsledků hodnoticích škál sestavovat ošetrovatelské diagnózy. Pouze velmi malé procento respondentů není schopno na základě výsledků hodnoticích škál stanovovat ošetrovatelské diagnózy. Téměř všichni respondenti uvedli kladné odpovědi ano/spíše ano. Počet záporných odpovědí byl mezi interními a chirurgickými odděleními téměř shodný. Výsledek výzkumného šetření pro tuto otázku je pozitivní. Je odrazem toho, že vedení sester vyžaduje po svých zaměstnancích stanovovat jak ošetrovatelské diagnózy, tak ošetrovatelské plány na základě výsledků hodnoticích škál. Přesto, že na většině pracovišť, kde jsme výzkum prováděli, je toto vyžadováno, je stěžejní právě to, jestli samotné sestry mohou potvrdit, že jsou tento proces schopny provést, a to se nám zde potvrdilo.

Otázka č. 19 (Tabulka č. 19 Schopnost respondentů stanovovat ošetrovatelský plán pomocí výsledků hodnoticích škál) zkoumala, jestli jsou respondenti schopni pomocí výsledků hodnoticích škál stanovit ošetrovatelský plán. Respondenti měli opět na výběr kladné odpovědi ano, spíše ano a záporné odpovědi ne a spíše ne. Téměř všichni respondenti odpověděli kladně a potvrdili, že jsou tedy schopni/spíše schopni stanovit ošetrovatelský plán pomocí výsledků hodnoticích škál. Pokud sestry kvalitně vyplňují ošetrovatelské hodnoticí škály, získávají základní informace o problémech

a potřebách pacienta, které je následně vedou ke stanovení diagnóz. Pokud sestra není schopna z výsledků škál odebrat materiál, nemůže sestavit diagnózy a dle nich následně ošetrovatelský plán, tak aby byl efektivní a splnil požadované cíle. Potvrdila se schopnost, jak stanovovat ošetrovatelské diagnózy, tak ošetrovatelský plán. Výsledek výzkumu je pozitivní a podává nám informaci, že valná většina sester z vybraných pracovišť postupuje dle ošetrovatelských standardů a zvládá stanovování a posloupnost ošetrovatelského procesu s využitím hodnoticích škál. Ve *Standardech ošetrovatelské péče* vydaných MZČR je uvedeno, že zdravotnická zařízení zaznamenávají ošetrovatelské plány do ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace. Tato ošetrovatelská dokumentace je v souladu s platnou legislativou vydanou Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Každá zdravotní sestra by měla znát standardy ošetrovatelské péče a ošetrovatelské standardy vydané zdravotnickým zařízením, ve kterém je zaměstnávána, aby mohla správně plnit svou funkci, aby ošetrovatelský proces fungoval dle předpisů zařízení a také se vyvarovala porušování vydaných zákonů a standardů.

V Hypotéze č. 3 jsme se snažili prokázat, že ošetrovatelské dokumentace na vybraných pracovištích obsahují základní hodnoticí škály, a to test soběstačnosti pacienta, záznam hodnocení rizika vzniku dekubitů a záznam hodnocení bolesti. K hypotéze č. 3 byly vybrány otázky 9 a 10, též z dotazníku pro všeobecné sestry. (Příloha č.1 Dotazník pro všeobecné sestry). V otázce č. 9 (Tabulka č. 9 Oblasti hodnoticích škál v ošetrovatelské dokumentaci lůžkových oddělení) jsme se respondentů dotazovali, jaké oblasti hodnoticích škál jejich ošetrovatelská dokumentace obsahuje, přesněji pro hodnocení jakých ošetrovatelských oblastí. Respondentům byly nabídnuty čtyři odpovědi, tedy čtyři oblasti hodnoticích škál, škály pro hodnocení soběstačnosti pacienta, bolesti, rizika vzniku dekubitů, a nebo škály pro hodnocení jiných oblastí. Uvedené tři oblasti škál jsou základními a nejčastěji užívanými ošetrovatelskými oblastmi pro hodnocení pacientů pomocí hodnoticích škál. Tento fakt nám potvrzují i informace získané v kurzu „*Hodnoticí a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*“ od Vlasákové D. (36) Většina respondentů z vybraných pracovišť pro výzkum označila všechny tři základní oblasti škál, rozdíl v počtu respondentů se mezi chirurgií a internou téměř nelišil. Malé procento respondentů dokonce označilo nejen všechny tři základní oblasti škál, ale uvedli navíc i další škály, které se na jejich oddělení využívají. Zbylí respondenti označili jen dvě z uvedených oblastí škál. Výsledky výzkumu jsou pozitivní a ukazují, že většina sester má na svých

pracovištích k dispozici základní oblasti hodnoticích škál. Výzkumné šetření prokázalo, že na většině z vybraných pracovišť jsou součástí ošetrovatelských dokumentací základní, ale i jiné oblasti hodnoticích škál. Ošetrovatelské dokumentace těchto pracovišť tedy splňují náležitosti, které jsou dány *Vyhláškou o zdravotnické dokumentaci 98/2012 Sb.* (VoZD) vydanou MZČR. Náležitosti definované VoZD musí dokumentace skutečně obsahovat, ve vytváření dalších potřebných součástí ošetrovatelské dokumentace a typech hodnoticích škál nejsou zdravotnická zařízení omezována a tyto informace mají uvedené ve svých standardech. Každá sestra by měla být s náležitostmi ošetrovatelské dokumentace při příjmu na dané pracoviště seznámena a měla by prokázat dovednost práce s nimi.

U otázky č. 10 (Tabulka č. 10 Typy škál v ošetrovatelské dokumentaci lůžkových oddělení) jsme se dotazovali respondentů, jestli používají konkrétní škály, a to Barthelův test základních všedních činností – ADL (aktivity daily living), Vizuální analogovou škálu – VAS, škálu Nortonové, a nebo jejich dokumentace obsahuje jiné škály. Jmenované škály z dotazníku pro všeobecné sestry, patří k základním oblastem hodnoticích škál v českém zdravotnictví. Více než tři čtvrtiny respondentů odpověděli, že jejich ošetrovatelská dokumentace obsahuje všechny tři z uvedených hodnoticích škál. Zbylí respondenti uváděli, že jejich dokumentace obsahuje i jiné hodnoticí škály, kterými se hodnotí stejné ošetrovatelské oblasti - soběstačnost pacienta, bolest a riziko vzniku dekubitů. Výsledky tohoto šetření jsou tedy 100% pozitivní a informují nás o tom, že všechny ošetrovatelské dokumentace z vybraných pracovišť obsahují základní hodnoticí škály pro hodnocení soběstačnosti pacienta, bolesti a rizika vzniku dekubitů. Každá sestra, by měla být schopna zařadit konkrétní škály do ošetrovatelských oblastí, naše šetření ukazuje dle výsledků otázek 9 a 10, že všechny dotazované sestry z vybraných pracovišť by měli tyto dovednosti splňovat. Náležitosti ošetrovatelské dokumentace a její správné využití je uvedeno nejen ve Vyhlášce o zdravotnické dokumentaci ale také ve Věstníku 9/2004 a ve Věstníku 11/2008 (19, 20). Všechna uvedená literatura souhlasí se základními náležitostmi uvedenými v dotazníku.

V závěru dotazníku pro všeobecné sestry, byly otázky, ve kterých všeobecné sestry mohly vyjádřit svůj vlastní názor na hodnoticí škály a zkušenost s nimi. Dotazovali jsme se sester, jestli vnímají používání hodnoticích škál v péči o pacienta jako přínos. Počet kladných odpovědí na tuto otázku potvrdil, že respondenti opravdu vnímají hodnoticí škály jako přínos v péči o pacienty. Mezi těmito byla také otázka, jestli se sestry někdy zúčastnily přednášky nebo semináře, který se zabýval hodnoticími

škálami a možnostmi jejich využití. Více než polovina všeobecných sester na tuto otázku odpovídala negativně a nemají tedy zkušenost se semináři či přednáškami na toto téma. Výsledek upozorňuje na neinformovanost sester o ošetrovatelských hodnoticích škálách, protože se nezúčastňují žádných vzdělávacích akcí a z toho důvodu pak nemohou znát novinky a změny v této oblasti. Všeobecné sestry z vybraných pracovišť ale v následující otázce počtem kladných odpovědí potvrdili, že mají zájem zúčastnit se nějaké vzdělávací akce na příslušné téma. Z výsledků dotazníku je jasně zřejmý zájem sester o problematiku hodnoticích škál. Je tedy možné, že ale všeobecné sestry nemají tyto vzdělávací akce na svém pracovišti k dispozici nebo nejsou dostatečně motivovány a vedeny k jejich absolvování.

Hypotéza č. 4 byla vyšetřovaná u ošetřujících lékařů pracujících na standardních chirurgických a interních lůžkových odděleních Krajské nemocnice v Liberci, Nemocnice Nymburk, a.s. a Domažlické nemocnice, a.s. Snažili jsme se prokázat, že lékaři pracující na daných odděleních, využívají při své práci záznamy v ošetrovatelské dokumentaci a nahlízejí do výsledků hodnoticích škál pacientů. Dotazník pro ošetřující lékaře (Příloha č.2 Dotazník pro ošetřující lékaře) obsahoval celkem 9 otázek. Ke statistickému testování hypotézy byly vybrány 4 otázky, otázka 3, 4, 7 a otázka 9. Úvodní 2 otázky v dotazníku měly identifikační charakter, v závěru byla 1 otázka k vyjádření vlastního názoru na používání hodnoticích škál a 1 otázka byla znalostní. Nejpočetnější skupinu tvořily lékaři s praxí 1-10 let.

V otázce č. 3 (Tabulka č. 25 Nahlížení ošetřujících lékařů do ošetrovatelské dokumentace) jsme se respondentů dotazovali, jestli nahlíží na jejich pracovišti do ošetrovatelské dokumentace svých pacientů, mohli označit odpověď ano/spíše ano nebo ne/spíše ne. Bohužel z výzkumu vyšla pouze méně než polovina kladných odpovědí ano/spíše ano. Většina respondentů tedy odpovídala záporně a označovala odpovědi ne/spíše ne. Protože většina lékařů odpověděla záporně, že do ošetrovatelských dokumentací svých pacientů nenahlíží nebo spíše nenahlíží, nepotvrzuje nám tato otázka zkoumanou hypotézu. Tento negativní přístup se zobrazil ve všech vybraných pracovištích. Přesto, že všeobecné sestry jsou schopné, plní své povinnosti a zdokonalují se v používání hodnoticích škál, lékaři tuto moderní metodu stále přehlíží a nejsou schopni docenit práci sester a možnost přínosu v péči o pacienty, kterou hodnoticí škály plně nabízejí.

U otázky č. 4 (Tabulka č. 26 Praxe respondentů s ošetrovatelskými hodnoticími škálami), jestli se za svou praxi setkali s ošetrovatelskými hodnoticími škálami, měli respondenti na výběr z odpovědí ano, ne a nevím. Pozitivním výsledkem výzkumu je informace, že nikdo z lékařů neoznačil odpověď ne, a tedy mezi oslovenými respondenty není nikdo, kdo by se s hodnoticími škálami nesetkal. Většina respondentů označovala v této otázce odpověď ano. Znamená to, že většina lékařů z vybraných pracovišť se s hodnoticími škálami se ve své praxi již setkala. Výsledky se mezi jednotlivými odděleními téměř nelišili. Zbylí respondenti uváděli, že nevědí, jestli se již ve své praxi setkali s hodnoticími škálami. Komunikace mezi lékaři a všeobecnými sestrami, společný cíl a jednotný přístup jsou základem nejen pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Aby ošetrovatelský plán fungoval a bylo dosaženo stanovených cílů, je nutné, aby nejen sestry sdělovali lékařům každý problém pacienta, ale aby se také lékaři samostatně informovali o stavu pacienta a nahlíželi do všech součástí zdravotnické dokumentace a tedy i do zmiňovaných výsledků hodnoticích škál, které jsou ve zdravotnické dokumentaci obsaženy. Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že lékaři z vybraných pracovišť tyto požadavky převážně nesplňují.

Otázka č. 6 (Tabulka č. 28 Povědomí respondentů o tom, zda jsou hodnoticí škály na jejich pracovišti součástí ošetrovatelské dokumentace) vyšetřovala, zda jsou na pracovištích hodnoticí škály součástí ošetrovatelské dokumentace, respondenti mohli odpovědět opět ano, ne nebo nevím. Zde byla převaha odpovědí ano a tedy odpovědi lékařů, že na jejich pracovišti jsou hodnoticí škály součástí ošetrovatelské dokumentace. Výsledky tedy ukazují, že většina lékařů, jejichž dotazníky byly použity pro statistické testování hypotéz ví, že ošetrovatelské dokumentace na jejich pracovištích obsahují hodnoticí škály. Je tedy zřejmé, že lékaři si jsou vědomi o využívání hodnoticích škál, ale více je tato problematika nezajímá. Nasvědčuje tomu i fakt, že velké procento lékařů nemělo vůbec zájem odpovídat a jejich dotazník tedy nemohly být zařazeny do tohoto šetření.

Poslední otázkou použitou pro výzkum byla otázka č. 9 (Tabulka č. 31 Hodnoticí škály jako přínos v ošetrovatelské péči), v které jsme se respondentů dotazovali, jestli využili někdy jako ošetřující lékaři při své práci výsledek hodnoticích škál z ošetrovatelské dokumentace jejich pacienta. Na výběr bylo ze tří odpovědí, a to ano, ne a nevím. V této otázce se nejčastěji objevovala odpověď nevím, zatím co odpověď ne se neobjevila vůbec. Většina respondentů tedy uvedla,

že nevědí, jestli již využili někdy jako ošetřující lékaři při své práci výsledek hodnoticích škál. Menšina respondentů označovala odpověď ano. Výsledek této otázky nám tedy hypotézu nepotvrzuje. Přesto, že se neobjevila žádná záporná odpověď, odpovědi nevím nejsou postačující, abychom mohli prokázat, že lékaři z vybraných zdravotnických zařízení výsledky hodnoticích škál využívají.

Všichni respondenti, jak všeobecné sestry, tak ošetřující lékaři mohli vyjádřit v závěru dotazníku svůj názor na otázku, jestli jsou podle nich hodnoticí škály přínosem v ošetrovatelské péči. U sester většina odpověděla ano/spíše ano a jsou pro ně tedy ošetrovatelské škály přínosem. Druhý vzorek respondentů, ošetřující lékaři, mohli také vyjádřit vlastní názor. Četnost lékařů, kteří považují hodnoticí škály za přínos do ošetrovatelské péče byla ale nízká. Většina lékařů dle výsledků škály za přínos nepokládá. Lékaři však ani nemohou hodnoticí škály pokládat za přínos v péči, protože podle počtu jejich odpovědí si myslí, že hodnoticí škály nepatří do zdravotní dokumentace nebo nevědí, jestli do dokumentace škály patří. Jen malá část lékařů ví, že hodnoticí škály patří do zdravotní dokumentace. Pokud lékaři neznají kam hodnoticí škály zařadit, nemohou je vnímat za přínos v ošetrovatelské péči. Výsledky svědčí o značném nezájmu či také nedostatečné informovanosti v oblasti hodnoticích škál u lékařů. Přitom ale více než polovina lékařů uvedla, že se již za svou praxi setkali s ošetrovatelskými hodnoticími škálami, takže je zřejmé, že nemají zájem s nimi pracovat. Na nezájem lékařů poukazuje už skutečnost, že z počtu 50 rozdaných dotazníků se jich ke zpracování výzkumné části mé práce vrátilo a tedy bylo využito pouze 27 dotazníků.

12.1. Návrh opatření

Doporučení pro praxi je větší motivace sester i lékařů k práci s hodnoticími škálami a nabídnout jim možnosti vylepšení znalostí v této oblasti například pomocí seminářů/přednášek na dané téma. Na jednotlivých pracovištích by bylo vhodné vybrat oblasti škál, které se nejvíce využívají. Vedení sester by mělo pravidelně organizovat přednášky/semináře na téma ošetrovatelské hodnoticí škály pro celá zdravotnická zařízení a nebo pro jednotlivé obory/oddělení a zaměřit se na problematiku škál, které dané pracoviště používá. Účast na těchto vzdělávacích akcích by měla být povinná,

nebo by měli sestry splnit alespoň určitý počet absolvovaných seminářů/přednášek za rok. Vzdělávací akce by měli být přístupné také pro lékaře, protože zejména lékaři by měli být poučeni o účelnosti hodnoticích škál. Vhodné by bylo samotné lékaře motivovat k využívání těchto škál na jejich vzdělávacích akcích, přiblížit jim tuto problematiku, aby pochopili její přínos v péči o pacienty. Vhodná je i možnost většího výběru škál pro sestry, aby si vybraly ty, které jim vyhovují a nejvíce jim usnadní ošetrovatelskou péči. Pokud by se sestry aktivně účastnily seminářů/přednášek, měly by mít možnost získání vyššího počtu kreditních bodů. Motivace zaměstnanců je vždy nejlepším klíčem k dosažení požadovaných a efektivních výsledků.

Všeobecné sestry by měly při přijetí na pracoviště podepsat seznámení s náležitostmi ošetrovatelské dokumentace. Dále bychom doporučili vytvořit manuály pro vyplňování hodnoticích škál, které by sestry musely prostudovat a také potvrdit svým podpisem, že s nimi byly seznámeny. Nemělo by se později stát, že sestra není schopna pracovat s hodnoticími škálami na svém pracovišti a není schopna podle výsledků škál sestavovat ošetrovatelské diagnózy a škály.

Všeobecné sestry by se měly účastnit pravidelných vizit u svých pacientů a sdělovat lékařům výsledky hodnoticích škál, aby lépe upozornily na stav pacienta. Možná by si pak lékaři více uvědomovali využití hodnoticích škál a jejich přínos pro ošetrovatelskou péči. Sestry mohou při vizitách také poukázat na postupy či změny zdravotního stavu a toto doložit právě záznamy z ošetrovatelských hodnoticích škál.

Dalším opatřením pro nemocnice za účelem lepší informovanosti pracovníků v oblasti hodnoticích škál by byly pravidelné semináře/přednášky na toto téma.

13. ZÁVĚR

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké hodnoticí škály používají všeobecné sestry na vybraných pracovištích. Tento cíl byl splněn, bylo porovnáváno, jaké hodnoticí škály používají všeobecné sestry na interních a jaké na chirurgických odděleních. Splněním tohoto cíle jsme ale nedosáhli výsledku, který by potvrdil Hypotézu č. 1. Na základě výsledků statistického testování se ukázalo, že používání hodnoticích škál se neliší dle daného oddělení. Podle výsledků využívají chirurgická a interní oddělení vybraných pracovišť stejné typy hodnoticích škál.

Druhým stanoveným cílem bylo zjistit, zda jsou všeobecné sestry schopné na základě výsledků hodnoticích škál stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán. Tento cíl se také podařilo splnit a potvrdit Hypotézu č. 2. Bylo zjištěno, že většina všeobecných sester je schopna stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán na základě výsledků hodnoticích škál, jak na interních, tak na chirurgických odděleních.

Dalším, třetím cílem bylo zjistit, zda ošetrovatelská dokumentace obsahuje konkrétní základní hodnoticí škály, a to škály pro hodnocení kognitivních funkcí, soběstačnosti pacienta, rizika vzniku dekubitů a škály pro hodnocení bolesti. Data z dotazníkového šetření ukázala, že ošetrovatelské dokumentace na většině pracovišť ze zkoumaného vzorku obsahují uvedené základní hodnoticí škály, Hypotéza č. 3 byla také potvrzena.

Posledním stanoveným cílem bylo zjistit, zda lékaři při své práci s pacientem nahlíží do ošetrovatelské dokumentace a využívají záznamy hodnoticích škál daného oddělení, na kterém pracují. Návratnost dotazníků u ošetřujících lékařů byla téměř poloviční. Tento cíl byl splněn s negativním výsledkem. Hypotéza č. 4 nebyla potvrzena. Bylo zjištěno, že lékaři na vybraných odděleních nenahlíží/spíše nenahlíží do ošetrovatelských dokumentací. Pozitivně bylo zjištěno, že většina lékařů se ve své praxi už setkala s hodnoticími škálami a většina lékařů má povědomí o tom, že ošetrovatelská dokumentace na jejich pracovišti obsahuje hodnoticí škály. Poslední otázka pro lékaře dopadla stejně jako první otázka, negativně, výsledky nepotvrdily, že četnost lékařů, kteří již využili při své práci výsledky hodnoticích škál je větší, než četnost lékařů, kteří neví, jestli už někdy výsledky využili. Většina lékařů uváděla odpověď nevím.

Vzhledem k tomu, že dvě otázky hypotézu potvrzují a dvě ji naopak nepotvrzují, nemůžeme Hypotézu 4 potvrdit, a tím prokázat, že lékaři při své práci s pacientem nahlíží do ošetrovatelské dokumentace a využívají záznamy hodnoticích škál daného oddělení. Hypotéza 4 je tedy zamítnuta.

Výzkumná část práce dokazuje, že všeobecné sestry na chirurgických a interních odděleních pracují s hodnoticími škálami. Přesto ale nevyužívají škál v plném rozsahu, ve všech hodnotitelných situacích a stejně tak nevyužívají všech forem získávání informací k vyplňování škál.

Ošetrovatelské dokumentace podle odpovědí respondentů obsahují základní hodnoticí škály a většinou obsahují i jiné. Ale například u škál pro hodnocení kognitivních funkcí a nutričního stavu je využití velmi nízké.

Z výzkumu dále vyplývá nezájem lékařů o hodnoticí škály, svědčí o tom nízký počet navrácených dotazníků. Počet lékařů, kteří nahlíží do ošetrovatelských dokumentací při této nízké návratnosti je tím také velmi malý. Navíc většina z lékařů neshledává hodnoticí škály jako přínos pro ošetrovatelskou péči na rozdíl od sester, které většinou vnímají hodnoticí škály jako přínos v ošetrovatelské péči.

14. SEZNAM DOPURUČENÉ LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ ALEXANDRA, 2003, *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, NUCLEUS HK 2003, 104 s. , č.1 , ISBN 80-86225-33-X.
2. BARTOŠ ALEŠ A KOL., *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*, Praha: Karolinum, 2004, 240 s., ISBN: 80-246-0921-5
3. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, *Vedení ošetrovatelské dokumentace /online/*, 2002, /vid. 2012-02-15/, Dostupné z: <http://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
4. FENDRYCHOVÁ JAROSLAVA, *Hodnotící metodiky v neonatologii*, INSTITUT PRO DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ, 2004, 87 s., ISBN-10: 80-7013-405-4
5. HEUVEL,W.J.A. VAN DEN, *Evaluation of changes in healthcare in Europe:the consumers perspective*,University of Groningen ,Northern Centre for Health Care Research, 1999, 190 s., ISBN 80-86257-11-8
6. JURAŠKOVÁ BOŽENA , *Nottinghamský screeningový dotazník*, Nutriční podpora v geriatrii, 2006, Dostupné z:www.zdn.cz
7. KLEVETOVÁ,D., TOPINKOVÁ,E..Hodnocení malnutrice u seniorů v domácí péči, SESTRA, 2003, vol.XIII, no.4, p.25, ISSN 1210-0404
8. KOHOUT PAVEL, *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů/SV III.*, FORSAPI, 2012, 58 s., brožura
9. KOLEKTIV AUTORŮ 2002, *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z* , Praha, Grada Publishing a.s., 2002, 392 s., ISBN 80-247-0278-9.

10. KUTNOHORSKÁ JANA, *Výzkum v ošetrovatelství* , Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 176 s. , č. 1 , ISBN 978-80-247-2713-4
11. LÉKAŘSKÉ LISTY, *Gorisovo schéma, Geriatrie 2003*, 8/2003, s.10
12. LÉKAŘSKÉ LISTY, *Skóre rizika DM (Diabetes mellitus) II.typu*, Prevence diabetu a hypertenze, 18/2004, s.8
13. MAREČKOVÁ JANA, *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda Doménách*, Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1399
14. MASTILIAKOVÁ DAGMAR, *Úvod do ošetrovatelství I.*,Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2005, 187 s., 1.vyd. ,ISBN 80-246-0429-9.
15. MOYRA, ALLEN 1977. *Evaluation of educatinoal programmes in nursing* ,monografie, Geneva:WHO 1977, 67 s., MDT 616-083
16. MZČR, *Mini Nutritional Assessment MNA*,Nutriční screening, 2010, Dostupné z:<http://www.vyzivapacientu.cz>
17. MZČR, *Standardy ošetrovatelské péče - Vedení ošetrovatelské dokumentace*, 2004, IGA N2 7760 – 3/2004, Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-osetrovatske-pece>
18. MZČR, Věstník 9/2004, Částka 12, *Koncepce ošetrovatelství*, 2004
19. MZČR, Věstník 11/2008, Částka 6, *Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb.*, 2008
20. MZČR, *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb.*, 2012, Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_
21. PACLT IVO, JIŘÍ RABOCH, ROMAN JIRÁK, *Psychiatrie pro Praxi*, 2007, 370 s., č.2, ISBN: 9788073870416

22. PLEVOVÁ ILONA A KOL., *Ošetrovatelství II.*, Praha: Grada Publishing a.s., 2011, ISBN 978-80-247-3558-8
23. POLICAR RADEK, *Zdravotnická dokumentace v praxi*, Praha: Grada Publishing a.s. , 2009, 223 s., ISBN:978-80-247-6702-4
24. ROKYTA RICHARD A KOL., *Bolest a jak s ní zacházet*, Praha: Grada Publishing a.s. , 2009, 184 s., ISBN:978-80-247-3012-7
25. SAK 2012, akreditační standardy pro nemocnice, *Standard „Aplikace metody ošetrovatelského procesu do ošetrovatelské praxe“*
26. SESTRA, *Hodnocení bolesti u seniorů /online/*, České Budějovice: Mgr. Dvořáčková D., 7/2010, /vid. 2012-2-21/. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>
27. SESTRA, *Aspirace u dětí z pohledu sestry /online/*, České Budějovice: Štěchová M., Bc. Hermannová B., 12/2000, /vid. 2012-2-21/, vol.X, no.9, p.1, ISSN 1210-0404. Dostupné z:zdravi.e15.cz/clanek/sestra/aspirace-u-deti-z-pohledu-sestry-132357
28. SESTRA, *Arteriální hypertenze /online/*, Praha: Prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc., 12/2004, /vid. 2004-12/, Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/arterialni-hypertenze-u-metabolickeho-syndromu-164917>
29. SESTRA 2011, *Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče /online/*, Praha:Mgr.Bírešová E., 8/2011, /vid. 2012-2-19/, Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/implementace-sofistikovanych-hodnoticich-skál-bolesti-do-osetrovatelske-pece-460969>

30. STAŇKOVÁ MARTA, *České ošetrovatelství 4, Jak provádět ošetrovatelský proces*, Ediční řada-Praktické příručky pro sestry, INSTITUD PRO DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ, 1999, 66 s., ISBN 57-861-99,66 s.,č.1.
31. TRACHTOVÁ EVA A KOL., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, NCO NZO, 2. vyd., 2004, ISBN-10: 80-7013-324-4
32. TÝM SK, *Hodnotice a meracie techniky*, 2007, Dostupné z:<http://hodnotiaceameracietechniky.tym.sk/>
33. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize*, 1993, Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
34. ÚZIS, *Pohledy na zdravotnictví v České republice*, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2001, 36 s., Dostupné z: www.uzis.cz/publikace/pohledy
35. ÚZS Liberec, *Studijní materiály – Hodnotící a měřící škály*, Dostupné z: <http://www.uzs.tul.cz/skripta/>
36. VLASÁKOVÁ DITA, KURZ „*Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*“, E-UNIVERZITA-celoživotní vzdělávání online, 2008, Dostupné z: <http://kurzy.euniverzita.eu/>
37. VENGLÁŘOVÁ MARTINA, GABRIELA, MAHROVÁ, *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha, Grada Publishing a.s.,2006, 144 s., ISBN 80-247-1262-8.
38. VONDRÁČEK LUBOMÍR, VLASTA WIRTHOVÁ, *Sestra a její dokumentace-návod pro praxi*, Praha, Grada publishing a.s. , 2008, 88 s., č.1, ISBN 978-80-247-2763-9.

- 39.** VYTEJČKOVÁ RENA, PETRA SEDLÁŘOVÁ, WIRTHOVÁ VLASTA ,
HOLUBOVÁ HANA, *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.-Obecná část*,
Praha, Grada Publishing a.s. , 2011, 256 s. , ISBN 978-80-247-3419-4
- 40.** WHO WORKING GROUP, *Evaluation of inpatient nursing
practice, monografie*, Copenhagen:WHO 1979, 18 s. , MDT 616-083
- 41.** Zákon o péči a zdraví lidu č.20/1966 Sb., v platném znění-Novelizace zákona
1/12

15. SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Všeobecné sestry pracující na současném pracovišti s hodnotícími škálami

Tabulka č. 2 Kdy všeobecné sestry hodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál využívají

Tabulka č. 3 Hodnocení kognitivních funkcí pomocí hodnotících škál

Tabulka č. 4 Hodnocení nutričního stavu pomocí hodnotících škál

Tabulka č. 5 Formy získávání informací od pacientů pro vyplňování hodnotících škál

Tabulka č. 6 Povinnost sester stanovovat ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán pomocí výsledků hodnotících škál

Tabulka č. 7 Schopnost sester stanovovat na základě výsledků hodnotících škál ošetrovatelské diagnózy

Tabulka č. 7 Schopnost sester stanovovat pomocí výsledků hodnotících škál ošetrovatelský plán

Tabulka č. 8 Oblasti hodnotících škál v ošetrovatelské dokumentaci lůžkových oddělení

Tabulka č. 10 Typy škál v ošetrovatelské dokumentaci lůžkových oddělení

Tabulka č. 11 Nahlížení ošetřujících lékařů do ošetrovatelské dokumentace

Tabulka č. 12 Praxe lékařů s hodnotícími škálami

Tabulka č. 13 Povědomí lékařů o tom, zda jsou hodnotící škály na jejich pracovišti součástí ošetrovatelské dokumentace

Tabulka č. 13 využívání hodnotících škál ošetřujícími lékaři

16. SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 Všeobecné sestry pracující s hodnotícími škálami

GRAF 2 Kdy sestry používají hodnotící škály

GRAF 3 Hodnocení kognitivní funkcí pomocí hodnotících škál

GRAF 4 Hodnocení nutričního stavu pomocí hodnotících škál

GRAF 5 Formy získávání informací od pacientů pro vyplňování hodnotících škál

GRAF 10 Typy škál v ošetrovatelské dokumentaci lůžkových oddělení

GRAF 11 Věk respondentů – všeobecné sestry

GRAF 12 Dosažené vzdělání v oboru

GRAF 13 Délka praxe sester respondentů – všeobecné sestry

GRAF 12 Hodnotící škály jako přínos v ošetrovatelské péči-názory všeobecných sester

GRAF 13 Zkušenost sester se semináři/přednáškami na téma ošetrovatelské hodnocení/hodnotící škály

GRAF 15 Praxe lékařů s hodnotícími škálami

GRAF 16 Povědomí lékařů o tom, zda jsou hodnotící škály na jejich pracovišti součástí ošetrovatelské dokumentace

GRAF 17 Využívání hodnotících škál ošetřujícími lékaři
GRAF 18 Délka praxe respondentů-ošetřující lékaři
GRAF 19 Hodnotící škály jako přínos v ošetrovatelské péči – názory ošetřujících lékařů

17. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Dotazník pro všeobecné sestry
Příloha č.2 Dotazník pro ošetřující lékaře
Příloha č.3 Vizualní analogové škály
Příloha č.4 Numerická škála
Příloha č.5 Denní záznam bolesti podle Melzacka
Příloha č.6 Škála obličejů bolesti
Příloha č.7 Neonatal Pospoperative Pain Score
Příloha č.8 DAN Scale
Příloha č.9 FLACC Scale
Příloha č.10 Sledování projevů bolesti u dítěte – modifikace Sparhotta
Příloha č.11 Škála celkové deteriorace podle Reisberga
Příloha č.12 Dotazník pro funkční hodnocení pacienta
Příloha č.13 Stupnice hodnocení psychického zdraví
Příloha č.14 Škála deprese pro geriatrické pacienty
Příloha č.15 Ischemické skóre podle Hachinského
Příloha č.16 Beckova sebesuzovací stupnice deprese
Příloha č.17 Zkrácený mentální bodovací test
Příloha č.18 Diagnostická kritéria hyperaktivního dítěte podle DSM III-R
Příloha č.19 Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)
Příloha č.20 Test kreslení hodin
Příloha č.21 Glasgow Coma Scale
Příloha č.22 Pediatrické Glasgow Coma Scale
Příloha č.23 Drábkova škála
Příloha č.24 Triage Revised Trauma Score
Příloha č.25 Škála komatozního stavu
Příloha č.26 Mainz Emergency Evaluation Score (MEES)
Příloha č.27 Hodnocení vědomí – „Schéma Beneš/Zvěřina“
Příloha č.28 ABC Hodnocení vědomí
Příloha č.29 Barthelův test základních všedních činností
Příloha č.30 Test vývoje soběstačnosti
Příloha č.31 Hodnocení funkční nezávislosti
Příloha č.32 Test instrumentálních denních činností – IDAL
Příloha č.33 Dotazník funkčního stavu
Příloha č.34 Katzův index
Příloha č.35 Rankin scale

Příloha č.36 Test ošetrovateľské zátěže
Příloha č.37 Rozšířená stupnice podle Nortonové
Příloha č.38 Hodnocení rizika vzniku proleženin
Příloha č.39 Bradenovo-Bergstromovo skóre hodnocení rizika vzniku dekubitů
Příloha č.40 Škála Waterlow – riziko vzniku dekubitů
Příloha č.41 Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám
Příloha č.42 Index tělesné hmotnosti (BMI)
Příloha č.43 Mini Nutritional Assessment MNA®
Příloha č.44 Klasifikace malnutrice podle BMI
Příloha č.45 Klasifikace obezity a jejich rizik podle BMI
Příloha č.46 Nottinghamský screeningový dotazník
Příloha č.47 NRS 2002 Nutrition Risk Screening
Příloha č.48 Stupnice pádu Morse – Morse Fall
Příloha č.49 Gaitův funkční test
Příloha č.51 Nástroj pro určení rizika pádů podle Škrly
Příloha č.52 Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání
Příloha č.53 Downes score
Příloha č.54 Hodnocení závažnosti astmatu
Příloha č.55 Apgar score
Příloha č.56 GORISOVO SCHÉMA(sloužící k predikci mortality)
Příloha č.57 Dotazník sexuálního zdraví muže
Příloha č.58 Hodnocení intenzity stresové inkontinence podle Inglemanna-Sundberga
Příloha č.59 Klasifikace hypertenze
Příloha č.60 Funkční klasifikace podle NYHA
Příloha č.61 Klinická klasifikace chronické venózní insuficience
Příloha č.62 Klasifikace zrakového postižení podle WHO
Příloha č.63 Kriteria hodnocení tíže /toxicity/
Příloha č.64 NIH stroke scale
Příloha č.65 Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu
Příloha č.66 Skóre rizika DM
Příloha č.67 Sepsis score
Příloha č.68 Hodnocení infekce v ráně
Příloha č.69 Somatická zralost dle Ballarda
Příloha č.70 Klasifikace klinické manifestace alergie na včelí a vosí jed
Příloha č. 71 Statistické testování – STATGRAPHIC
Příloha č. 72 Studentův párový t-test

Příloha č.1 Dotazník pro všeobecné sestry

OŠETŘOVATELSKÉ HODNOCENÍ A VYUŽÍVÁNÍ HODNOTÍCÍCH ŠKÁL

Vážené kolegyně, kolegové,

dovolte, abych se představila. Jsem studentka III. ročníku Ústavu zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci, obor Všeobecná sestra. Tento dotazník slouží k mé bakalářské práci na téma Ošetřovatelské hodnocení. Cílem mého dotazníku je zjistit jaké hodnotící škály využívají všeobecné sestry na standardních lůžkových odděleních a jaká je jejich úroveň znalosti těchto škál. Dotazník je určen pouze všeobecným sestrám a je anonymní. Výsledky výzkumného šetření budou použity pouze v rámci mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Petra Lenerová

Vámi zvolené odpovědi prosím zaškrtněte

1. Na jakém oddělení pracujete?

- a) Interní oddělení
- b) Chirurgické oddělení

2. Označte prosím Vaši věkovou skupinu

- a) 19-30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

- a) Středoškolské s maturitou
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské bakalářské
- d) Vysokoškolské magisterské
- e) Jiné:.....

4. Zaškrtněte Vaši délku praxe v oboru

- a) Do 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 10 let a více

5. Víte, k čemu slouží ošetrovatelské hodnotící škály? (Možno označit více odpovědí)

- a) K vyhodnocení ošetrovatelské péče
- b) K posouzení stavu vědomí pacienta
- c) K hodnocení stupně zdravotních rizik
- d) Hodnotící škály jsou nástroje, podle kterých můžeme hodnotit pacienta dle jeho diagnózy
- e) Hodnotící škály jsou tabulky, do kterých pacient vyjádří vybranými body spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí

6. Pracujete na Vašem současném pracovišti s hodnotícími škálami?

- a) Ano
- b) Ne

7. K jakému posuzování pacienta slouží hodnotící škály?

- a) Subjektivnímu
- b) Objektivnímu
- c) Dle použité hodnotící škály lze posuzovat stav pacienta jak objektivně tak subjektivně

8. Kdy hodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál na Vašem pracovišti využíváte? (Možno označit více odpovědí)

- a) Při příjmu pacienta
- b) Při překladi na jiné oddělení
- c) Při nežádoucí příhodě
- d) Při propuštění pacienta
- e) Před operačním výkonem

9. Vaše ošetrovatelská dokumentace obsahuje škály pro hodnocení z kterých následujících oblastí? (Možno označit více odpovědí)

- a) Soběstačnosti pacienta
- b) Bolesti
- c) Rizika vzniku dekubitů
- d) Jiné

10. Obsahuje Vaše ošetrovatelská dokumentace některé z následujících hodnotících škál? (Možno označit více odpovědí)

- a) Barthelův test základních všedních činností – ADL(aktivity daily living)
- b) Vizuelní analogová škála - VAS
- c) Škála Nortonové
- d) Jiné

11. Jakou hodnotící škálu lze použít k posouzení soběstačnosti pacienta? (Možno označit více odpovědí)

- a) Test instrumentálních všedních činností IADL
- b) Funkční míra nezávislosti (FIM)
- c) Glasgow coma scale/score - GCS
- d) Barthelův test základních všedních činností - ADL (aktivity daily living)

12. Jakou hodnotící škálu lze použít k hodnocení bolesti? (Možno označit více odpovědí)

- a) Vizuelní analogová škála - VAS
- b) Test ošetrovatelské zátěže
- c) Beinsteinova škála
- d) McGill stupnice (dle Melzacka)

13. Jakou hodnotící škálu použijete pro hodnocení rizika vzniku dekubitů? (Možno označit více odpovědí)

- a) Škála Nortonové
- b) Vizuelní škála dekubitů
- c) Shannova škála

d) Jiné:.....

14. Hodnotíte na Vašem pracovišti pomocí hodnotících škál kognitivní funkce?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

15. Hodnotíte na Vašem pracovišti pomocí hodnotících škál nutriční stav?

- d) Ano
- e) Spíše ano
- f) Spíše ne
- g) Ne

16. Jakou formou získáváte od pacienta informace pro vyplnění hodnotících škál?

(Možno označit více odpovědí)

- a) Rozhovorem s pacientem
- b) Z laboratorních výsledků
- c) Pomocí dotazníků
- d) Pozorováním pacienta

17. Je na Vašem pracovišti vyžadováno, aby jste podle výsledků hodnotících škál sestavoval/a ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelský plán?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

18. Jste schopen/a na základě výsledků hodnotících škál stanovit ošetřovatelskou diagnózu?

- a) Ano
- b) Spíše ano

- c) Spíše ne
- d) Ne

19. Jste schopen/a pomoci výsledků hodnotících škál stanovit ošetřovatelský plán?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

20. Vnímáte používání hodnotících škál v péči o pacienta jako přínos?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

21. Zúčastnil/a jste se někdy přednášky nebo semináře, který se zabýval hodnotícími škálami a možnostmi jejich využití v praxi?

- a) Ano
- b) Ne

22. Uvítal/a by jste seminář nebo přednášku zabývající se tímto tématem?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Ještě jednou děkuji za Vaši spolupráci,

Petra Lenerová.

Příloha č.2 Dotazník pro ošetřující lékaře
OŠETŘOVATELSKÉ HODNOCENÍ A VYUŽÍVÁNÍ HODNOTÍCÍCH ŠKÁL

Vážené kolegyně, kolegové,

dovolte, abych se představila. Jsem studentka III. ročníku Ústavu zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci, obor Všeobecná sestra. Tento dotazník slouží k mé bakalářské práci na téma Ošetřovatelské hodnocení. Cílem mého dotazníku je zjistit, jestli ošetřující lékaři na standardních lůžkových odděleních využívají při své práci výsledky hodnotících škál pacientů v ošetřovatelské péči. Dotazník je určen pouze ošetřujícím lékařům a je anonymní. Výsledky výzkumného šetření budou použity pouze v rámci mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Petra Lenerová

Vámi zvolené odpovědi prosím zaškrtněte

1. Na jakém oddělení pracujete?

- a) Interní oddělení
- b) Chirurgické oddělení

2. Zaškrtněte délku Vaší praxe v oboru

- a) Méně než 1 rok
- b) 1-10 let
- c) 11-20 let

3. Nahlížíte na svém pracovišti do ošetřovatelské dokumentace vašich pacientů?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

4. Už jste se za svou praxi setkal/a s ošetřovatelskými hodnotícími škálami?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

5. Patří hodnotící škály do zdravotní dokumentace?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. Jsou na Vašem pracovišti hodnotící škály součástí ošetrovatelské dokumentace?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7. Viděl/a jste někdy ošetřující sestru vyplňovat s pacientem hodnotící škálu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. Využil/a jste někdy jako ošetřující lékař při své práci výsledek hodnotících škál z ošetrovatelské dokumentace Vašeho pacienta ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

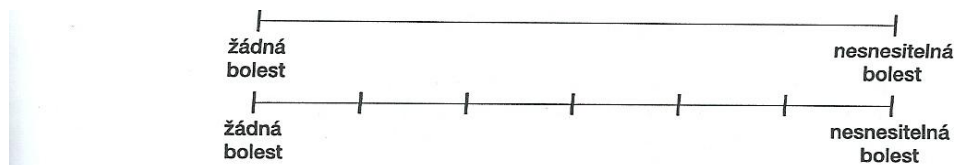
9. Jsou podle Vás hodnotící škály přínosem v ošetrovatelské péči o pacienta ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Ještě jednou děkuji za Vaši spolupráci,

Petra Lenerová.

Příloha č.3 Vizuální analogové škály



Obr. č. 31: Vizuální analogová škála pro měření bolesti

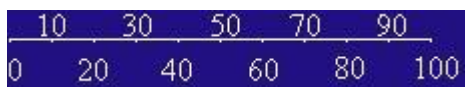
Hodnocení bolesti u dětí



Obr. č. 32.: Teploměr jako vizuální analogová škála
Převzato: REMEDIA 5, č. 1 – 2, 1995

(30)

Příloha č.4 Numerická škála



- Hodnocení podle vizuální analogové škály 1
- 0 - žádná bolest
- 100 - nesnesitelná bolest (30)

Příloha č.5 Denní záznam bolesti podle Melzacka

NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

0 - žádná

1 - mírná

2 - nepříjemná

3 - intenzivní

4 – krutá

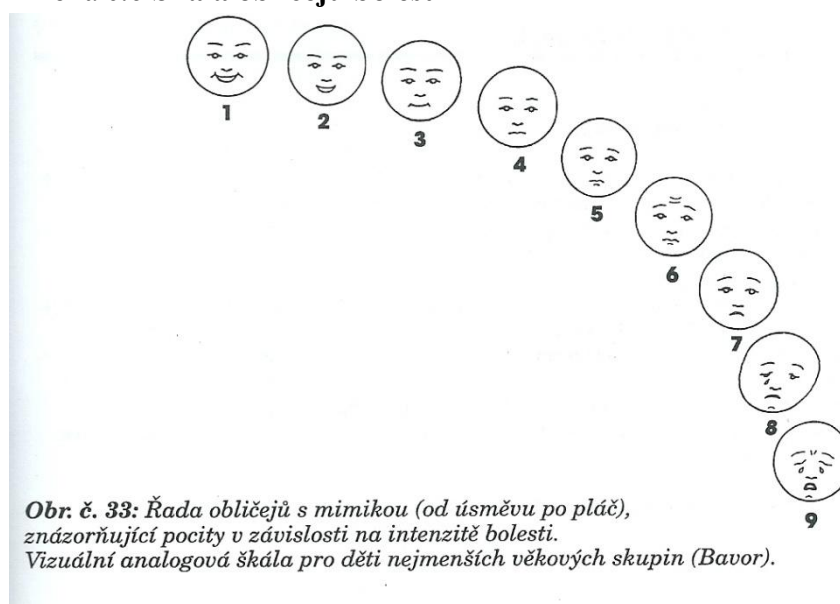
5 – nesnesitelná

Uveďte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tišení bolesti.

	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Něděle						

(36)

Příloha č.6 Škála obličejů bolesti



(31)

Příloha č.7 Neonatal Pospoperative Pain Score

	0	1	2	Počet bodů
Pláč	Ne	Vysoce posazený pláč	Neutišitelný pláč	
Potřebuje O2 pro saturaci 95	Ne	30%	30%	
Zvýšené vitální funkce	Počet impulzů a dechů v mezích 10% jako před operací	Pulzy, dechy o 11-20% vyšší než před operací	Pulzy, dechy o 21% a více než před operací	
Výraz tváře	Žádný	Grimasa	Grimasa/naříkání	
Nespavost	Ne	Častější probuzení	Stále vzhůru	
Počet bodů celkem				

(36)

Příloha č.8 DAN Scale

PROJEVY	SKÓRE
Výraz tváře	
Klidný	0
Dítě fňuká a střídavě otevírá a zavírá oči	1
Stanovte intenzitu jednoho nebo i více z těchto příznaků: sevření očí,svraštění obočí,prohloubení nasolabiálních rýh	
-mírné,přerušované,s návratem do klidu	2
-střední	3
-výrazné,kontinuální	4
Pohyby končetin	
Klidné jemné pohyby	0
Stanovte intenzitu jednoho nebo i více z těchto příznaků:šlapání,protahování prstů,napínavé a trhavé pohyby nohou,třes rukou,uhýbavé reakce	
-mírné,přerušované s návratem ke klidu	1
-střední	2
-výrazné kontinuální	3

Hlasové projevy	
Žádné naříkání	0
Krátké sténání;intubované dítě má výraz úzkosti a neklidu	1
Přerušovaný pláč;intubované dítě vyjadřuje „tichý pláč“	2
Dlouhotrvající pláč,kontinuální nárek;intubované dítě vyjadřuje nepřetržitý pláč	3

Hodnocení:Škála akutní bolesti má rozmezí od 0 do 10,kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 bolest maximální.

(4)

Příloha č.9 **FLACC Scale**

	0	1	2
Tvář	Žádný zvláštní výraz nebo smích	Občas grimasy nebo zachmuřenost,nezájem	Časté zachmuření,zatínání čelisti,chrčející se brada
Končetiny	Relaxované v normální poloze	Neklid,tenze	Kopání a protahování končetin
Aktivita	Tiše leží,v normální pozici,pohyby snadné	Kroucení se,otáčení na břicho a záda,tenze	Stáčení se do opistotomu,rigidita,křeče
Křik/pláč	Pláč není přítomný	Sténání,občasné naříkání	Stálý pláč,výkřiky,vzlykání,časté stížnosti
Utišitelnost	Spokojenost,relaxace	Uklidnění po pohlazení,objetí,domluvě	Občasné utišení

Hodnocení:

0 = relaxace a komfort

1-3 = mírný diskomfort

4-6 = střední bolest

7-10 = silná bolest nebo diskomfort nebo obojí

(4)

Příloha č.10 Sledování projevů bolesti u dítěte – modifikace Sparhotta

Sledování projevů bolesti u dítěte

(modifikace Sparhotta)

Záznam o skórování bolesti

Dat	čas	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8
	tvář													
	pohyby													
	barva													
	celkem													
Dat	čas	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8
	tvář													
	pohyby													
	barva													
	celkem													
Dat	čas	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8
	tvář													
	pohyby													
	barva													
	celkem													
Dat	čas	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8
	tvář													
	pohyby													
	barva													
	celkem													

Příloha č.11 Škála celkové deteriorace podle Reisberga
 -pro klienty s AD (Alzheimerovou demencí) nebo jinou demencí

Stadium	Klinické znaky
1	Bez postižení kognitivních funkcí: Preklinické stadium, nejsou přítomny žádné subjektivní ani objektivní potíže.
2	Počínající postižení kognitivních funkcí: Pouze subjektivní potíže(zapomětlivost,roztržitost) objektivní vyšetření bez patologie.
3	Lehké postižení kognitivních funkcí: Potíže při vykonávání pracovních povinností,při řeči,řízení automobilu,v neznámém prostředí.Při objektivním vyšetření pouze mírné poruchy paměti.
4	Středně těžké postižení kognitivních funkcí: Neschopnost samostatně provádět některé komplexní činnosti(finanční záležitosti,plánování složitějších aktivit-dovolená,vaření).Vyšetření prokazuje poruchu krátkodobé paměti,řeči a konstrukčních schopností středního stupně.
5	Pokročilé postižení kognitivních funkcí: Neschopnost vykonávat bez dohledu nebo pomoci například:osobní hygienu,vybrat si vhodné oblečení-částečná ztráta soběstačnosti.Objevuje se dezorientovanost v čase a prostoru,pacient zapomíná jména členů rodiny.Pokročilé poruchy paměti,aopraxie,agnozie.
6	Těžké postižení kognitivních funkcí: Vyžaduje pomoc při oblékání,při jídle a osobní hygieně.Později dochází i k inkontinenci.Dezorientovanost všemy kvalitami i vlastní osobou.Časté iluze a misidentifikace,poruchy chování.
7	Velmi těžké postižení kognitivních funkcí: Těžká úporucha až ztráta řeči a jakékoliv komunikace,ztráta schopnosti chůze a volní motoriky,trvalá inkontinence.Neurologické příznaky(rigidita,pseudobuklbární syndrom).

Příloha č.12 Dotazník pro funkční hodnocení pacienta

	Činnosti	Body
1	Placení účtů,spoření,používání vkladní knížky/šeků/porožirových účtů a podobně	
2	Vyplňování úředních dokumentů(daňových přiznání,žádostí a formulářů).	
3	Samostatně nakupování oblečení,potřeb pro domácnost nebo potravin.	
4	Hraní společenských her,věnování se koníčkům.	
5	Ohřát vodu a připravit kávu,vypnou sporák.	
6	Uvařit kompletní jídlo.	
7	Pamatovat si součastné události,.	
8	Udržet pozornost,porozumět a hovořit o televizních programech,knihách a časopisech.	
9	Pamatovat si termíny schůzek,rodinných událostí,svátků,léky a jejich užívání	
10	Cestovat mimo nejbližší okolí,řídít auto,použít autobus nebo vlak	
Celkové sko're		

Hodnocení:

0 bodů	Činnost vykonává samostatně,správně(normální výkon)nebo činnost nikdy nevykonával,ale mohl by samostatně
1 bod	Provádí sám,ale s potížemi
2 body	Vyžaduje pomoc
3 body	Činnost neprovede,scela závislí na pomoci

Celkové hodnocení:

Body:	Hodnocení
0 – 8 bodů	Normální výsledek
9 a více bodů	Funkční postižení svědčící pro demenci

(35)

Příloha č.13 Stupnice hodnocení psychického zdraví

Položky:	Odpověď:	
01. Cítíte se většinu času dobře?	ano	
02. Máte často obavy o své zdraví?		ne
03. Trpíte často bolestmi hlavy?	ano	ne
04. Měl-a jste v poslední době závratě?	ano	ne
05. Často se Vám třesou ruce při práci?	ano	ne
06. Míváte záškuby ve svalech?	ano	ne
07. V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ano	
08. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?		ne
09. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ano	
10. Je Váš spánek přerušovaný,povrchní nebo jinak narušený?		ne
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	ano	
12. Máte rád společnost,jste rád mezi lidmi?		ne
13. Často Vás něco trápí?	ano	ne
14. Jste často plný elánu či energie?		
15. Cítíte se často neužitečný?	ano	ne
Součet:		

Hodnocení:

1 bod za odpověď „ano“ u otázek		2	3	4	5	6		8		10			13		15
1 bod za odpověď „ne“ u otázek	1						7		9		11	12		14	
Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví															

(35)

Příloha č.14 Škála deprese pro geriatrické pacienty – Geriatric depression scale

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné být na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

(35)

Příloha č.15 Ischemické skóre podle Hachinského

	Klinický příznak:	Body:
1.	Náhly začátek	2
2.	Postupující deteriorace kognitivních schopností	1
3.	Fluktuující průběh	2
4.	Noční zmatenost	1
5.	Relativně zachovalá osobnost	1
6.	Deprese	1
7.	Somatické potíže	1
8.	Emoční labilita	1
9.	Hypertenze v anamneze či součastnosti	1
10.	Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
11.	Jiné známky (extracerebrální) aterosklerozy	1
12.	Ložiskové neurologické příznaky (motorické, fatické)	2
13.	Ložiskový neurologický nález (patologické reflexy, hemianopsie)	2
	Celkové skóre	

Hodnocení:

Hodnocení:	
0 – 4 body	Pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci

5 – 6 bodů	Nediskriminující skóre,může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	Pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

(35)

Příloha č.16 Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

01.	Nálada		
		0	-nemám smutnou náladu
		1	-cítím se poněkud posmutnělý,sklíčený
		2	-jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
		3	-jsem tak smutný nebo nešťastný,že to nemohu už snést
02.	Pesimismus		
		0	-do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
		1	-poněkud se obávám budoucnosti
		2	-vidím,že se už nemám na co těšit
		3	-vidím,že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03.	Pocit neúspěchu		
		0	-nemám pocit nějakého životního neúspěchu
		1	-mám pocit,že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
		2	-podívám-li se zpět na svůj život,vidím,že je to jen řada neúspěchů
		3	-vidím,že jsem jako člověk(otec,manžel a pod) v životě zcela zklamal
04.	Neuspokojení z činnosti		
		0	-nejsem nijak zvlášť nespokojený
		1	-nemám z věcí takové potěšení,jako jsme mívai
		2	-už mne netěší skoro vůbec nic
		3	-ať dělám cokoli,nevzbudí to ve mne sebemenší potěšení
05.	Vina		
		0	-necítím se nijak provinile
		1	-občas cítím,že jsem méněcenný,horší než ostatní
		2	-mám trvalý pocit viny
		3	-ovládá mne pocit,že jsem zcela bezcenný,zlý provinilý člověk
06.	Nenávist k sobě samému		
		0	-necítím se zklamán sám sebou
		1	-zklamal jsem se sám v sobě
		2	-jsem dost znechucen sám sebou
		3	-nenávidím se
07.	Myšlenky na sebevraždu		
		0	-vůbec mi nenapadne na mysl,že bych si měl něco udělat
		1	-mám někdy pocit,že by bylo lépe nežít
		2	-často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
		3	-kdybych měl příležitost,tak bych si vzal život
08.	Sociální izolace		
		0	-neztratil jsem zájem o lidi a okolí
		1	-mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve

	2	-ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	-ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
09.	Nerozhodnost	
	0	-dokážu se rozhodnou v běžných situacích
	1	-někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
	2	-rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	-vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10.	Vlastní vzhled	
	0	-vypadám stejně jako dříve
	1	-mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2	-mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3	-mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
11.	Potíže při práci	
	0	-práce mi jde od ruky jako dříve
	1	-musím se nutit, když chci něco dělat
	2	-dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	-nejsem schopen jakékoliv práce
12.	Únavnost	
	0	-necítím se více unaven než obvykle
	1	-unavím se snáze než dříve
	2	-všechno mne unavuje
	3	-únava mne zabraňuje cokoliv udělat
13.	Nechutenství	
	0	-mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	-nemám takovou chuť k jídlu jak jsem mívával
	2	-mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	-zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:	00 – 08 event. 09	Norma
	09 - 24	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

Příloha č.17 Zkrácený mentální bodovací test

	Zjistěte u klienta otázkami a úkoly:	Odpověď	
		Správná	Špatná
01.	Věk	1	0
02.	Kolik je asi hodin?	1	0
03.	Adresu?*	1	0
04.	Současný rok?	1	0
05.	Kde je hospitalizovaný?	1	0
06.	Poznání alespoň dvou osob.	1	0
07.	Datum narození?	1	0
08.	Jméno současného presidenta?(rok ukončení II.světové války,...)	1	0
09.	Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1	0
Celkem:			

* CAVE-Pozor! Na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována ,abychom se ujistili,že dobře slyší.

Hodnocení:Za každou správnou odpověď má klient 1 bod.Nedosáhne-li ani 7 bodů jedná se o zmatenost.

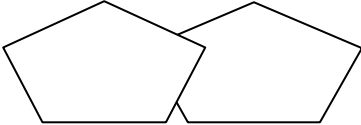
(35)

Příloha č.18 Diagnostická kritéria hyperaktivního dítěte podle DSM III-R

01	Často neklidně hýbe rukama i nohama nebo se vrtí na židli.Při dospívání to může býti dáno subjektivními pocity neklidu
02	Dělá mu potíže klidně sedět,když je k tomu vyzváno
03	Snadno ho roztěkají vnější podněty
04	Má potíže s vyčkáváním,až na něj přijde řada ve hrách nebo skupinových situacích
05	Často ze sebe vyhrkne odpověď na otázku ještě dříve,než byla otázka vůbec dovyslovena
06	Dělá mu potíže sledovat instrukce,které mu dávají jiní (nikoliv z důvodů opozičního chování či nedostatku chápavosti apod.) selhává v dokončování úkolů
07	Mívá potíže s udržováním pozornosti při práci,ale i v herních činnostech
08	Přeskakuje od jedné,ještě nedokončené činnosti ke druhé
09	Dělá mu potíže hrát si potichu
10	Často až příliš hovoří
11	Přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči,plete se do her jiným dětem
12	Často se zdá,že neposlouchá,co se mu říká
13	Ztrácí věci,které jsou nezbytně nutné k práci nebo k činnostem ve škole či doma (hračky,tužky,knížky,domácí úkoly
14	Pouští se do fyzicky nebezpečných činností,aniž by bralo v úvahu možné následky (a ne proto,že by jen vyhledávalo napětí) např. vbíhá do vozovek aniž by se rozhlédlo.
O ADHD(Attention Deficit Hyperactivity Syndrome- <i>Hyperaktivita</i>) lze mluvit má-li dítě ve věku:	
<ul style="list-style-type: none"> - 03 – 05 let deset a více příznaků z těchto čtrnácti - 06 – 12 let osm a více příznaků z těchto čtrnácti - 13 – 18 let šest a více příznaků z těchto čtrnácti 	

Příloha č.19 Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek.</p> <p>Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2.Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval.</p> <p>Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	<p>3</p>
<p>3.Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.</p> <p>Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	<p>5</p>
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	<p>3</p>
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz:</p> <p>„Vezměte papír do pravé ruky,přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>

<p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Příloha č.20 Test kreslení hodin

Test kreslených hodin

Test kreslených hodin	
Jméno:	Datum:
1. Integrita ciferníku (maximálně 2 body)	
- kruh je nakreslený bez významnější odchylky	2
- kruh je nedokončený nebo porušený	1
- kruh chybí nebo je kresba celkově nedostatečná	0
2. Kresba a pořadí čísel (4 body)	
- čísla ve správném pořadí a minimální chyby v prostorovém uspořádání	4
- čísla jsou nakreslena ve správném pořadí, ale chyby jsou v prostorovém uspořádání	3
- některá čísla jsou přidána nebo naopak chybí, ale ostatní nejsou výrazně narušená, čísla jsou řazena proti směru hodinových ručiček, všechna čísla jsou přítomna, ale prostorové uspořádání je výrazně narušené (např. čísla umístěná mimo kruh)	2
- chybějící nebo přidána čísla, výrazné narušení prostorového uspořádání,	1
- čísla chybí nebo jsou nepatřičná	0
3. Kresba a nastavení ručiček (maximálně 4 body)	
- ručičky jsou ve správné pozici a přiměřeně velké	4
- malé chyby v nastavení ručiček nebo jejich rozdílné velikosti	3
- výrazné chyby v nastavení ručiček	2
- pouze 1 ručička je umístěná správně nebo jsou ručičky znázorněny nesprávně	1
- ručičky chybí nebo jsou přehozené	0
Hodnocení - zdravé osoby by měly mít 9 - 10 bodů - při nižším bodovém ohodnocení je podezření na mentální deterioraci demence	

Příloha č.21 **Glasgow Coma Scale**

Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Lokalizuje bolestivý podnět	5
	Normální flexe na bolest	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován	4
	Neadekvátní slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
	CELKEM:	15

(35)

Příloha č.22 **Pediatrické Glasgow Coma Scale**

Pediatrické Glasgow Coma Scale

Otevírání očí	Spontánní	4	Body		
	Na oslovení	3			
	Na bolest	2			
	Žádné	1			
Nejlepší motorická odpověď	Odpovídající ponětu	6			
	Lokalizující bolest	5			
	Úhyb flexi	4			
	Abnormální flexe	3			
	Extenze	2			
	Žádná odpověď	1			
Nejlepší odpověď na slovní a vizuální stimuly	<2 roky		>2 roky		
	Úsměv,sledování	5	Dobrá orientace	5	
	Utišitelný pláč	4	Zmatenost	4	
	Přetrvávající pláč	3	Nepřiměřená slova	3	
	Vzrušení,neklid	2	Nesrozumitelná slova	2	
	Žádná odpověď	1	Žádná slova	1	
	Endotracheální kanyla	T	Endotracheální kanyla	T	
	Celkové score:				

(36)

2.9.10 Drábková škála

Stupnice podle Drábka, která je modifikací Benešovy klasifikace.⁷⁷ Drábková škála je uspořádána do jednotlivých kategorií podle prohlubující se poruchy vědomí.

Drábková škála

Reakce na slovní výzvu – zachována korová integrace podnětů a odpovědí.

plné vědomí	
somnolence I	nemocný odpovídá pomalu, často jednoslovně, mnohdy nepřiléhavě, brzy se vyčerpá
somnolence II	vyhoví několika jednoduchým výzvám
somnolence III	vyhoví jednoduché jediné výzvě
somnolence IV	vyvolání probouzení a orientační reakce na slovní výzvu (nemocný otevře oči, otáčí či odvrací hlavu ve směru zvuku, příp. vydá nesrozumitelný zvuk)

Reakce na bolestivý podnět – rudimentární korová aktivita.

Sopor	provokace cílených obranných pohybů horních končetin a únikových reakcí končetin nebo celého těla, vyvolání mimické reakce
Semikóma	provokace necílených pohybů horních končetin nebo únikových reakcí končetin

Reakce na bolestivý podnět – absence jakékoli korové aktivity.

Kóma	obraz dekortikační rigidity (lehčí podtyp) obraz decerebrační rigidity (těžší podtyp)
hluboké kóma	bez motorické aktivity, změny tepu (zachován okulokardiální reflex) nebo dechu (zachován tzv. gag reflex, tj. vyvolání kašlacích a zvracívacích pohybů při manipulaci endotracheální kanylou)
areaktivní kóma	žádná reakce

Příloha č.24 Triage Revised Trauma Score

Triage Revised Trauma Score - RTS

A	Frekvence dýchání	Frekvence	Skóre
		10 – 24	4
		25 – 35	3
		Nad 36	2
		1 – 9	1
B	Dechové úsilí, retraktivní úsilí, svalové úsilí	0	0
		Normální	1
		Retraktivní	
		Pomocné	0
		Žádné	0
C	Systolický TK	Nad 90	4
		70 – 89	3
		50 – 69	2
		0 – 49	1
		0	0
D	Kapilární návrat	Normální do 2 s	2
		Zpomalen nad 2 s	1
		Žádný	0
E	Glasgow Coma Scale	Otevření očí	4 - 1
		Verbální odpověď	5 - 1
		Motorická odpověď	6 - 1
Traumatologické skórování = A + B + C + D + E			

Vyhodnocení:	
0 – 3	Skupina odloženého ošetření <ul style="list-style-type: none"> - hluboká popálení nad 60% - těžká poranění hrudníku a hlavy se zástavou dýchání a oběhu nad 15 minut (minimální šance na přežití)
4 – 12	Skupina bezprostředního ošetření <ul style="list-style-type: none"> - postižení ve stavu ohrožení života vyžadující neodkladnou pomoc a odsun - šokové stavy - poruchy dýchání a oběhu - poranění hrudníku a břicha - bezvědomí - inhalační popáleniny - kraniocerebrální poranění
13 – 15	Skupina II. Stupně naléhavosti <ul style="list-style-type: none"> - tyto stavy mají tendenci se stabilizovat - poranění páteře bez zlomenin - popáleniny bez inhalačního postižení - krevní ztráty do 1000 ml

Příloha č.25 Škála komatozního stavu

Ramsay Scale		
Úroveň bdělosti	1	Pacient je nervózní a rozrušený nebo neklidný, popř. obojí - agitovaný, úzkostný pacient
	2	Pacient spolupracuje, je orientovaný a klidný - spolupracující, klidný pacient
	3	Pacient reaguje pouze na povely/přikazy - pacient reaguje pouze na výzvu
Hloubka spánku	4	Pohotová reakce na fronto-orbitální reflex ⁷⁶ nebo na hlasitý zvuk – nejčastěji na hlasité oslovení jménem
	5	nevýrazná reakce na podněty uvedené v bodu 4
	6	žádná reakce na podněty uvedené v bodu 4

(36)

Příloha č.26 Mainz Emergency Evaluation Score (MEES)

Glasgow Coma Scale:	
15	4
14 – 12	3
11 – 8	2
méně než 8	1
Srdeční frekvence:	
60 – 100	4
50 - 59, 101 – 130	3
40 - 46, 131 – 160	2
méně než 40, více než 160	1
Dechová frekvence:	
12 – 18	4
8 - 11, 19 – 24	3
5 - 7, 25 – 30	2
méně než 5, více, než 30	1
Srdeční rytmus:	
SR	4
AV ₁ SVES FS VES _{mono} SVT	3
VES _{poly} , AV ₂ , AV ₃	2
VT VF Asy EMD	1
Bolest:	
Žádná	4
Mírná bolest	3
Silná bolest	2
TK:	
120/80 - 140/90	6
100/70 - 119/79	5
141/95 - 154/94	4
80/60 - 99/69	3
160/95 - 230/120	2
méně 80/60, více než 230/120	1
Saturace O ₂ :	
100	4
95	3
90	2
méně 86	1

(36)

Příloha č.27 Hodnocení vědomí – „Schéma Beneš/Zvěřina“

I. Reakce na bolestivý podnět-štípanec,píchnutí jehlou	body
Žádná reakce,ani změnou vegetativní funkce	0
Reakce nejčastěji zrychleným dýcháním,dále změnou srdeční frekvence nebo změnou barvy v obličeji	1
Bolestivý podnět vyvolá extenzi horních a dolních končetin nebo flexi horních a extenzi dolních končetin	2
Bolestivý podnět vyvolá neúčelné pohyby	3
Bolestivý podnět vyvolá úmyslné obrané pohyby	4
Normální flexe na bolest	4
II. Reakce na slovo	body
Pacient po latenci vyhoví jedné jednoduché slovní výzvě	5
Pacient vyhoví několika výzvám za sebou	6
Pacient odpovídá na otázky přiléhavě	7
Pacient je orientován časem i místem	

(36)

Příloha č.28 ABC Hodnocení vědomí

A	S poraněným lze slovně komunikovat		
		A-0	Norma
		A-D	Průchozí syndrom
		A-1	Zkalené vědomí
		A-2	Spavý
		A-3	Spavý
B	Poraněný reaguje jen na bolestivý podnět		
		B-1	Cílený obranný pohyb
		B-2	Necílený obranný pohyb
		B-3	Tonicko-klonické křeče
		B-4	I na dotyk křeče
C	Koma,vyhasínající reflexní činnost		

(35)

Příloha č.29 Barthelův test základních všedních činností

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00

05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

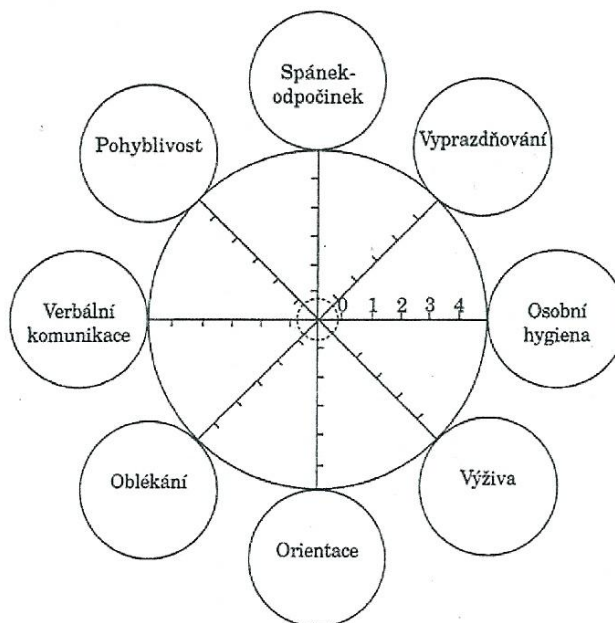
Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha č.30 Test vývoje soběstačnosti

2.8.1 Test vývoje soběstačnosti - TVS

Test vývoje soběstačnosti⁴¹

Jméno: r.č.....



Datum	Barva záznamu

"Sestra v pravidelných termínech hodnotí soběstačnost nemocného počtem 0-5 bodů v jednotlivých kriteriích a označí je na stejném tiskopise vždy odlišnou barvou. Jednobarevné spojnice názorně zobrazují nejen současný stav, ale i vývoj soběstačnosti pacienta v čase."⁴²

Příloha č.31 **Hodnocení funkční nezávislosti**

Hodnocení funkční nezávislosti																																																																																																															
ÚROVŇ	7 úplná nezávislost 6 modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky)	nevyžaduje asistenci																																																																																																													
	Modifikovaná závislost 5 supervize (dohled) 4 minimální pomoc (pacient vykoná 75 % a více činností z testu) 3 mírná pomoc (pacient vykoná 50–75 % činností z testu) Úplná nezávislost 2 maximální pomoc (pacient vykoná 25–50 % činností z testu) 1 celková pomoc (pacient vykoná 0–25 % činností z testu)	vyžaduje asistenci																																																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Příjem</th> <th>Propuštění</th> <th>Následná péče</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Osobní péče</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A. příjem jídla</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. osobní hygiena</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. koupání</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. oblékání – horní polovina těla</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. oblékání – dolní polovina těla</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. použití WC</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kontrola svěračů</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G. kontrola močení</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>H. kontrola vyprazdňování</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Přesuny</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I. lůžko, židle, vozík</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>J. toaleta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K. vana, sprchový kout</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lokomoce</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L. chůze (ch) / jízda na vozíku (v)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>M. schody</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Komunikace</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N. rozumění sluchové (s), zrakové (z)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>O. vyjadřování verbální (v), neverbální (n)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sociální schopnosti</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P. sociální interakce</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q. řešení problémů</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>R. paměť</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Celkem</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <i>Poznámka:</i> Nenechávat žádné políčko nevyplněné; pokud je provedení úkolu pro pacienta spojeno s rizikem (např. nebezpečím poranění), vyplní se 1. </td> </tr> </tbody> </table>					Příjem	Propuštění	Následná péče	Osobní péče				A. příjem jídla				B. osobní hygiena				C. koupání				D. oblékání – horní polovina těla				E. oblékání – dolní polovina těla				F. použití WC				Kontrola svěračů				G. kontrola močení				H. kontrola vyprazdňování				Přesuny				I. lůžko, židle, vozík				J. toaleta				K. vana, sprchový kout				Lokomoce				L. chůze (ch) / jízda na vozíku (v)				M. schody				Komunikace				N. rozumění sluchové (s), zrakové (z)				O. vyjadřování verbální (v), neverbální (n)				Sociální schopnosti				P. sociální interakce				Q. řešení problémů				R. paměť				Celkem				<i>Poznámka:</i> Nenechávat žádné políčko nevyplněné; pokud je provedení úkolu pro pacienta spojeno s rizikem (např. nebezpečím poranění), vyplní se 1.			
	Příjem	Propuštění	Následná péče																																																																																																												
Osobní péče																																																																																																															
A. příjem jídla																																																																																																															
B. osobní hygiena																																																																																																															
C. koupání																																																																																																															
D. oblékání – horní polovina těla																																																																																																															
E. oblékání – dolní polovina těla																																																																																																															
F. použití WC																																																																																																															
Kontrola svěračů																																																																																																															
G. kontrola močení																																																																																																															
H. kontrola vyprazdňování																																																																																																															
Přesuny																																																																																																															
I. lůžko, židle, vozík																																																																																																															
J. toaleta																																																																																																															
K. vana, sprchový kout																																																																																																															
Lokomoce																																																																																																															
L. chůze (ch) / jízda na vozíku (v)																																																																																																															
M. schody																																																																																																															
Komunikace																																																																																																															
N. rozumění sluchové (s), zrakové (z)																																																																																																															
O. vyjadřování verbální (v), neverbální (n)																																																																																																															
Sociální schopnosti																																																																																																															
P. sociální interakce																																																																																																															
Q. řešení problémů																																																																																																															
R. paměť																																																																																																															
Celkem																																																																																																															
<i>Poznámka:</i> Nenechávat žádné políčko nevyplněné; pokud je provedení úkolu pro pacienta spojeno s rizikem (např. nebezpečím poranění), vyplní se 1.																																																																																																															

Příloha č.32 Test instrumentálních denních činností – IDAL

Činnost:		Hodnocení:	■	○
01.	Telefonování	Vyhledá samostatně číslo,vytočí je	10	
		Zná několik čísel,odpovídá na zavolání	05	
		Nedokáže používat telefon	00	
02.	Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10	
		Cestuje,je-li doprovázen,vyžaduje pomoc druhé osoby	05	
		Speciálně upravený vůz	00	
03.	Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10	
		Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	05	
		Neschopen bez podstatné pomoci	00	
04.	Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10	
		Jídlo ohřeje	05	
		Jídlo musí být připraveno druhou osobou	00	
05.	Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací,provede pouze lehčí práce	10	
		Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	05	
		Potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní	00	
06.	Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10	
		Provede pod dohledem	05	
		Vyžaduje pomoc,neprovede	00	
07.	Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku,zná názvy léků	10	
		Užívá,jsou-li připraveny a připomenuty	05	
		Léky musí být podány druhou osobou	00	
08.	Finance	Spravuje samostatně,platí účty,zná příjmy a výdaje	10	
		Zvládne drobné výdaje,potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	05	
		Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	00	
Hodnocení	Závislí		00-40 bodů	
	Částečně závislí		41-75 bodů	
	Nezávislí		76-80 bodů	

(35)

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU (FAQ-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného:
 Ročník: Datum vyplnění:

Ročník: Datum vyplnění:

Datum vyplnění:

Iméno vyplňujúciho + vzťah k posudzovanému:

Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě.

V každém řádku ZAKROUŽKUJTE míru schopnosti posuzované osoby:		Vykonává sám správně	Provádí sám s potížemi	Potřebuje pomoc druhého	Je zcela závislý, vykonává někdo jiný	Nikdy nevykonával/a, ale byl/a by nyní schopen/na	Nikdy nevykonával/a a měl/a by nyní potíže
1.	Vyplnit složenký nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	0	1	2	3	0	1
2.	Vyplňovat úřední dokumenty nebo formuláře	0	1	2	3	0	1
3.	Nakupovat běžné domácí potřeby, oblečení nebo potraviny	0	1	2	3	0	1
4.	Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně koníčkům	0	1	2	3	0	1
5.	Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák	0	1	2	3	0	1
6.	Připravit si jídlo	0	1	2	3	0	1
7.	Sledovat současně události	0	1	2	3	0	1
8.	Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	0	1	2	3	0	1
9.	Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0	1	2	3	0	1
10.	Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	0	1	2	3	0	1
Celková soběstačnost		součet		součet	součet	součet	součet
Sečtené body ve všech kategoriích. Výsledek lze přepočítat na procenta zachování aktivit denního života podle tabulky níže.		←					

Převod bodů na procento soběstačnosti																														
body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
procenta	97	98	90	87	83	80	77	73	70	67	63	60	57	53	50	47	43	40	37	33	30	27	23	20	17	13	10	7	3	0

Príspevky do časopisu: MUDr. A. Weis Bartos, Ph.D., Pavel Marínek, Zbyšek české verze: Baroš A, Marínek P, Bezlíček O, Burek A, Rýpoval D. Dosažací funkčního stavu PAQ-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatr. pro Praxi* 2008; 15(2): 31–34 nebo www.p3i.cz/cz/centrum. *Národný časopis:* Pfeifer E et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 31, 1982: 323–329. Copyright © The Gerontological Society of America. Překlad byl oříznut pro neúčelnost, které se měly objevit v ořezání. *Autorky:* *Príspěvky do časopisu:* Baroš A, Marínek P, Bezlíček O, Burek A, Rýpoval D. Dosažací funkčního stavu PAQ-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí.



Příloha č.34 Katzův index

Potřeba	Indikuje nezávislost	Indikuje potřebnou asistenci	Indikuje závislost
Koupání (mytí žínkou, koupání nebo sprchování)	Nepotřebuje žádnou pomoc. Pokud se koupe ve vaně, dostane se sám/a do vany i z vany	Potřebuje pomoc při mytí pouze jedné části těla (např. zad nebo nohou). Potřebuje pomoc s přesunem do vany či z vany	Potřebuje pomoc při mytí více než jedné části těla nebo je neschopen se umýt
Oblékání	Vyndá oděvy i spodní prádlo ze šatníku a zásuvek. Je schopen/a si zapnout knoflíky (patentky, háčky). Oblékne se bez pomoci	Vyndá oblečení a oblékne se bez pomoci s výjimkou zavazování bot nebo zapínání knoflíků	Potřebuje pomoc s výběrem oblečení nebo při oblékání, nebo zůstává částečně či zcela neoblečený
Vyprazdňování	Chodí na toaletu, poté se utře a oblékne bez pomoci. Může používat kompenzační pomůcky (hůl, chodítko, vozík). Na toaletu se přesune sám. V noci může používat podložní mísu, močovou láhev či mobilní WC. Ráno nádobu vyprázdní	Potřebuje pomoc dopravit se na toaletu, s utíráním či oblékáním. Potřebuje pomoci při nočním používání podložní mísy, močové láhve či mobilního WC	Nedojde na toaletu. Vyprazdňuje se v lůžku
Přemísťování	Je chodící. Přemísťuje se z a do lůžka a vozíku bez pomoci. Může používat kompenzační pomůcky (např. hůl či chodítko)	Potřebuje pomoc při přemísťování z a do lůžka a vozíku	Nevstává z lůžka
Schopnost udržet moč a stolici	Plně kontroluje vyprazdňování stolice a močení	Je příležitostně inkontinentní	Potřebuje asistenci při vyprazdňování, má zavedený močový katétr nebo je inkontinentní
Stravování	Nají a napije se sám bez pomoci	Jí sám/a potřebuje pomoc s krájením masa nebo mazáním pečiva	Potřebuje pomoc při jídle a pití. Je částečně či úplně krmen. Má enterální nebo parenterální výživu (tekutiny)

Obr. - Katzův index - ukázka dotazníku a hodnocení⁵²

(36)

Příloha č.35 Rankin scale

Vyšetření	Skóre
Asymptomatické	0
Nevýznamné postižení, je schopen vykonávat všechny běžné denní činnosti a povinnosti	1
Nepatrné postižení, neschopen vykonávat všechny běžné činnosti, ale je schopen starat se o své starosti s dopomocí	2
Mírné postižení vyžadující pomoc, ale je schopen chůze bez dopomoci	3
Středně těžké postižení, neschopen chůze bez dopomoci, neschopen pečovat o tělesné potřeby bez dopomoci	4
Těžké postižení, ležící, inkontinentní, vyžadující konstantní ošetrovatelskou péči a pozornost	5

Příloha č.36 Test ošetrovatelské zátěže

(podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)	
1. Pohybová schopnost	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
úplně závislý	5
3. Jídlo	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
úplně závislý (krmení, sonda)	4
4. Inkontinence moče	
občas	3
stále	5
permanentní katétr	2
5. Inkontinence stolice	
občas	3
stále	5
6. Návštěva toalety	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	5
pokojový klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	
malé	1
velké	4
8. Spolupráce s nemocným	
občas obtížná	2
bezvědomí	3
velmi obtížná	5
Celkem
Hodnocení: 0 bodů zcela soběstačný, 38 zcela závislý	

Příloha č.37 Rozšířená stupnice podle Nortonové

Tab. č. 10: Rozšířená stupnice podle Nortonové

bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Tab. č. 11: Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám

Parametry	0	1	2	3
všeobecný stav zdraví	dobrý	přiměřený	chatrný	skomírající
mentální stav	bdělý	letargie	semikomatózní	komatózní
aktivita	chodící	potřebuje pomoc	❖ trvale na vozíku	❖ trvale na lůžku
pohyblivost	plná	omezená	❖ velmi omezená	❖ imobilita
inkontinence	žádná	občasná	❖ obvykle močová	❖ úplná stolice i moči
příjem výživy ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
příjem tekutin ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anémie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

Nemocný se skóre nad 12 je ohrožen vznikem dekubitů.

Vysvětlivka: ❖ tyto stavy započítat dvojnásobně

Příloha č.38 **Hodnocení rizika vzniku proleženin**
(Shannon,.,L.,1984)

Duševní stav	Body	Kontinence	Body	mobilita	Body	aktivita	Body	cirkulace	Body	Tělesná teplota	Body	Medikace	Body	Součet
Bdělost,čilost	4	Kontinence	4	Plná hybnost	4	Chodící	4	Normální prokrvení	4	Do 37,2°C	4	Bez steroidů, analgetik, trankvilizérů	4	
Apatie	3	Inkontinence moče, bez katétru	3	Mírné omezení	3	Chůze s pomocí	3	Snížené prokrvení	3	37,3-37,7°C	3	Jedna z výše uvedených skupin	3	
Zmatenost	2	Inkontinence stolice	2	Velmi omezená	2	Pouze na vozíku	2	Špatná	2	37,8-38,3°C	2	Dvě z výše uvedených skupin	2	
Sopor, koma	1	Inkontinence moče a stolice	1	Imobilita	1	Ležící	1	Kachexie	1	Nad 38,4°C	1	Všechny uvedené skupiny	1	
Celkem:														

Skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin.

(35)

Příloha č.39 **Bradenovo-Bergstromovo skóre hodnocení rizika vzniku dekubitů**

Sledovaná veličina /stupeň				
	Vymizelá	Velmi omezená	Mírně snížená	Normální
Vlhkost	Neustále	Často	Občas	Zřídka
Aktivita	Upoután na lůžko	Neschopen chůze	Chodí zřídka	Chodí pravidelně
Mobilita	Imobilní	Velmi omezená	Lehce omezená	Bez omezení
Výživa	Velmi špatná	Slabší	Adekvátní	Výborná
Tření a stříh	Změna polohy s plnou asistencí	Neschopen chůze,minimální pomoc při změně polohy	Chodí zřídka,pohyb na lůžku bez dopomocí	chodí
Skóre	1	2	3	4
Hodnocení:Riziko vývoje dekubitu narůstá s klesajícím skóre				
15 – 16		Nízké riziko		
12 – 14		Mírné riziko		
Méně než 12		Vysoké riziko		

(35)

Příloha č.40 Škála Waterlow – riziko vzniku dekubitů

Stavba těla/ výška, váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
Průměrná	0	Zdravá	0	Muž	1	Terminální kachexie	8	Zcela kontinentní / katetrizován	0
Nadprůměrná	1	Papírová, suchá	1	Žena	2	Porucha výživy	8	Občasná	1
Obézní	2	Vlhká (zvýšeně)	1	14-49	1	Srdeční selhání	5	Má permanentní	1
Podprůměrná	3	Edematozní	1	50-64	2	Periferní vaskulární	5	Inkontinence stolice	2
		Porucha barvy	2	65-74	3	Anemie	2	Kompletní inkontinence	3
		Porušená, ložisko	2	75-80	4	Kouření	1		
				81 a výše	5				
Neurologická porucha		Pohyblivost		Chuť k jídlu		Operace, trauma		Medikace	
Diabetes mellitus	4-6	Plná	0	Průměrná	0	Ortopedická	5	Cytostatika	4
Roztroušená skleróza		Neklid, vrtí se	1	Slabá	1	Pod úroveň pasu		Vysoké dávky steroidů	
CMP		Apatie	2	Sonda/pouze tekutiny	1	Páteř		Protizánětlivé léky	
paraplegie		Omezená hybnost	3	Nic ústy / anorexie	3	Operace delší jak 2 hodiny			
		Nehybnost na	4						
		Nehybnost v křesle	5						

Čím vyšší bodové skóre tím vyšší riziko vzniku dekubitů

(35)

Příloha č.41 Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám

Parametry	0	1	2	3
Všeobecný stav zdraví	dobrý	přiměřený	Chatrný	skomírající
Mentální stav	bdělý	letargie	semikomatózní	komatózní
Aktivita	chodící	potřebuje pomoc	• trvale na vozíku	• trvale na lůžku
Pohyblivost	plná	omezená	• velmi omezená	• imobilita
Inkontinence	žádná	občasná	• obvykle močová	• úplná stolice i moči
Příjem výživy ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
Příjem tekutin ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
Náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anemie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

• = tyto stavy započítat dvojnásobně

Skóre nad 12 bodů znamená, že pacient je ohrožen vznikem dekubitů.

(36)

Příloha č.42 **Index tělesné hmotnosti (BMI)**

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená
		>27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

(35)

Příloha č.43 **Mini Nutritional Assessment MNA[®]**

	Položky	Body
A	Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání stravy (obtížné žvýkání či polykání)?	
	ano, výrazně	0
	jen mírně	1
	Ne	2
B	Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce:	
	více než 3 kg	0
	není přesný údaj	1
	1-3 kg	2
	nebyl úbytek hmotnosti	3
C	Pohyblivost/mobilita:	
	upoután na lůžko/vozík	0
	pohyb jen po místnosti	1
	vychází z bytu	2
D	Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?	
	Ano	0
	Ne	2
E	Psychický stav:	
	těžká demence nebo deprese	0
	mírná demence nebo deprese	1
	normální stav bez psychické poruchy	2

F	BMI (Body Mass Index):	
	BMI < 19	0
	BMI 19 až < 21	1
	BMI 21 až < 23	2
	BMI 23 nebo více	3
	hmotnost (kg).....tělesná výška (cm).....	
	Celkové skóre:	

Celkové **hodnocení: 12-14** bodů
– stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření

11 bodů a méně
– možná porucha výživy/podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy

Použito s laskavým svolením společnosti Nestlé Česko, s.r.o.

(16)

Příloha č.44 **Klasifikace malnutrice podle BMI**

Závažnost malnutrice	BMI (kg/m ²)	Charakteristika
Lehká,klinicky nevýznamná	Větší než 18-20*	Pokles původní hmotnosti o méně než 10% za 6 měsíců,bez somatických a funkčních poruch
Středně závažná	16 – 18	Pokles hmotnosti o 10% a více,úbytek podkožního tuku,nejsou funkční poruchy
Těžká	Menší než 16	Pokles hmotnosti o 15%,deplece podkožního tuku,svalová atrofie,otoky,špatné hojení rannízká vitální kapacita a jiné projevy
*u starších osob je doporučena normální hodnota BMI o něco vyšší než ve středním věku,20-24,podle některých autorů až 27.Podle studie SENECA byla mortalita seniorů s BMI 24 a vyšším nejnižší.		

(7)

Příloha č.45 Klasifikace obezity a jejích rizik podle BMI

Klasifikace:	BMI	Riziko komplikací obezity
Podváha	< 18,5	Nízké (riziko jiných chorob)
Normální váha	18,5 – 24,9	Průměrné
Zvýšená váha	≤ 25,00	
Nadváha	25,0 – 29,9	Mírně zvýšené
Obezita I.stupně	30,0 – 34,9	Středně zvýšené
Obezita II.stupně	35,0 – 39,9	Velmi zvýšené
Obezita III.stupně	≥ 40,0	Vysoké

(35)

Příloha č.46 Nottinghamský screeningový dotazník

Tab. 2 – Nottinghamský screeningový dotazník pro hodnocení rizika malnutrice

Položka	Bodové skóre
1. BMI (body mass index)*	
• BMI <18	2
• BMI 18–20	1
• BMI >20	0
hmotnost (kg) tělesná výška (m)	
2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících	
• Více než 3 kg	2
• Do 3 kg	1
• Žádný, hmotnost stálá	0
3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací	
• Ano	2
• Ne	0
4. Stresový faktor/závažnost základního onemocnění	
• Závažný (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká seps, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace)	2
• Mírně až středně závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, CHOPN, nespecifické střevní záněty)	1
• Žádný	0
Celkové skóre	
Hodnocení	
0–2 body	stav výživy velmi dobrý/dobrý, bez další intervence
3–4 body	nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdne
5 a více bodů	vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence

BMI = hmotnost/(tělesná výška)² v kg/m²

Podle: BARENDREGT, K., SOETERS, P. B., ALLISON, S. P.: Diagnosis of malnutrition. Screening and assessment. In SOBOTKA, L. (Ed.), Basics in clinical nutrition. 2. vydání Praha, Galén, 2000, s. 2–36

(6)

Příloha č.47 NRS 2002 Nutrition Risk Screening – hodnocení rizika podvýživy

Krok 1: Základní screening		ano	ne
1	Je BMI < 20,5 ?		
2	Zhubl pacient nechtěně za poslední 3 měsíce?		
3	Snížil se příjem výživy u nemocného za poslední týden?		
4	Je nemocný závažně nemocen (např. leží na intenzivní péči)?		
Ano : Pokud je alespoň 1 odpověď pozitivní pokračujte krokem 2			
Ne : Pokud je odpověď na všechny otázky Ne, proveďte screening v týdenních intervalech			

Krok 2: Konečný screening			
Zhoršení stavu výživy		Závažnost onemocnění	
Skóre 0	Normální stav výživy	Skóre 0	Pacient nemá závažné onemocnění Normální nutriční potřeba
Nízké Skóre 1	Pokles hmotnosti >5% za 3 měsíce nebo příjem jídla nižší 50-75% normy během posledního týdne	Nízké Skóre 1	Např.: Zlomenina kyčle Chronické onemocnění s akutním zhoršením, jaterní cirhóza, hemodialýza, diabetes
Střední Skóre 2	Pokles hmotnosti >5% za 2 měsíce nebo BMI 18,5-20,5 + zhoršení stavu nebo příjem potravy 25-50% normálního příjmu během posledního týdne	Střední Skóre 2	Např.: Závažná operace břicha Mozková mrtvice Zápal plic Nádorové onemocnění
Závažné	Pokles hmotnosti >5% za 1 měsíc (> 15% za poslední 3 měsíce) nebo BMI≤ 18,5 + zhoršení stavu	Závažné	Např.: Poranění hlavy Transplantace kostní dřeně Nemocný na JIP

	nebo příjem stravy 0-25% normálního příjmu během posledního týdne		(APACHE II > 10)
Skóre 3		Skóre 3	
Skóre:	+	Skóre:	= Celkové skóre
Věk	Pokud je pacient straší než 70 let přidejte 1 bod = Celkové skóre (dle věku):		
Skóre 3 a více: Pacient je ve velkém riziku vzniku komplikací z podvýživy, je nutné zahájit plán nutriční podpory			
Skóre <3: Nemocného je nutno sledovat minimálně 1x týdně a zahájit nutriční plán před eventuální operací, aby se snížilo riziko			

- riziko podvýživy je u daného pacienta ohodnoceno jedním číslem ve škále 0-6 bodů
- čím vyšší je toto bodové skóre, tím vyšší je riziko rozvoje podvýživy
- 0 – 2 b. bez rizika nebo nízké riziko podvýživy
- 3 – 6 b. významné riziko podvýživy, potřeba stanovení nutričního plánu

(16)

Příloha č.48 Stupnice pádu Morse – Morse Fall

- Pohyb
 - 0 - neomezený
 - 2 - používá pomůcky
 - 1 - potřebuje pomoc k pobytu
 - 1 - neschopen přesunu
- Vyprazdňování
 - 0 - nevyžaduje pomoc
 - 1 - nykturie / inkontinence
 - 1 - vyžaduje pomoc
- Medikace
 - 0 - neužívá rizikové léky
 - 1 - Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
- Smyslové poruchy
 - 0 - žádné
 - 1 - vizuální, smyslový deficit
- Mentální status
 - 0 - orientován
 - 1 - občasná noční dezorientace
 - 1 - dřívější dezorientace / demence
- Věk
 - 0 - 18 až 75 let
 - 1 - nad 75 let
- Pád v anamnéze
 - 1 - ano
- Vyhodnocení:
 - zaškrtneme a sečteme body
 - skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

(36)

Příloha č.49 Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)

- slouží ke zhodnocení rizika pádu

1. Požádejte pacienta, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte pacienta, aby přešel napříč místností, a aby se otočil.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil ke své židli, a aby se na ni opět posadil.

-Je-li pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by ztratil rovnováhu, potácel se, upadl nebo hledal předměty, o které by se mohl opřít, Gaitův test je negativní.

-Jestli pacient není schopen test dokončit nebo má výše uvedené problémy, je nutné, aby sestra iniciovala protokol pro prevenci pádu.

(36)

Příloha č.50 Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové

4.4.3 Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové			
I. Rovnováha			
Návod k provedení: pacient sedí na pevné židli bez opěrek pro ruce. Požádejte ho o provedení úkonů 1-9.			
1	Rovnováha v sedě	potíže s udržením rovnováhy (naklání se, sklouzává)	0
		stabilní jistý sed	1
2	Postavení ze sedu na židli	neschopen bez pomoci	0
		pomáhá si rukama	1
		postaví se bez pomoci rukou	2
3	Postavení z lehu na lůžku	neschopen bez pomoci	0
		postaví se, ale potřebuje více pokusů	1
		postaví se na první pokus	2
4	Rovnováha po postavení (prvních 5 sekund)	nejistý (kolísá, oscilace trupu, pohyby nohou), neschopen	0
		stabilní, ale používá hůl nebo se chytá předmětů	1
		stoj jistý, bez pomůcky a opory	2

5	Rovnováha ve stoji	nejistý, neschopen	0
		stoj jistý, ale o širší bázi nebo s holí či chodítkem	1
		stoj jistý o úzké bázi, bez opory	2
6	Stoj, udržení rovnováhy při tlaku na sternum (stoj o úzké bázi)	začíná padat, neschopen	0
		osciluje, nejistý, sám se udrží	1
		stoj jistý	2
7	Stoj se zavřenýma očima (stoj o úzké bázi)	nejistý, padá, titubuje, neschopen	0
		jistý	1
8	Otáčení o 360 stupňů	provede nesouvisle, přerušovaně, neprovede	0
		provede plynule, souvislými kroky	1
		nejistý, chytá se předmětů, s oporou	0
		bez poruchy rovnováhy	1
9	Posazení zpět na židli	nejistý (neodhadne vzdálenost, dopadne na židli, pomáhá si rukama)	0
		s pomocí paží, přerušovaně, s potížemi	1
		provede plynule, jistě	2

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové - pokračování

II. Chůze			
Návod na provedení: Pacient stojí vedle vyšetřujícího, na jeho pokyn projde napříč pokojem/chodbou, nejprve obvyklým krokem, zpět co možná nejrychleji s dodržením bezpečnosti. Může používat obvyklé pomůcky (hůl, berle, chodítko).			
10	Iniciace chůze (rozejít se ihned po pokynu)	váhání, obtíže zahájit pohyb, přešlapování	0
		rozejde se bez potíží	1
11	Délka a výška kroku - A -	pravá noha se švihem nedostává před levou	0
		pravá noha předkročí levou	1
		pravá noha se úplně nezdvihne od podložky	0
		normální pohyb	1
	Délka a výška kroku- B -	levá noha se švihem nedostává před pravou	0
		levá noha předkročí pravou	1
		levá noha se úplně nezdvihne od podložky	0
		normální pohyb	1
12	Souměrnost kroku	pravý a levý krok nesouměrné	0
		oba kroky souměrné	1

13	Plynulost kroku	přerušování plynulosti kroku	0
		plynulá chůze	1
14	Udržení směru chůze	neudrží směr chůze	0
		mírně vybočuje, používá hůl	1
		chůze přímá, bez pomůcky	2
15	Rovnováha trupu	oscilace trupu, užívá pomůcky	0
		není kolísání, ale pokrčení v kyčlích, v kolenou, pomáhá si rukama	1
		normální poloha trupu při chůzi	2
16	Chůze	chůze o široké bázi, paty od sebe	0
		normální chůze	1
Celkové skóre rovnováhy a chůze: (z 28 bodů)			
Hodnocení:			
26-28 bodů		normální provedení, nezvýšené riziko pádů	
< 26 bodů		abnormální výsledek, nutné vyšetření, léčba příčiny, rehabilitace a režimová opatření	
< 19 bodů		Vysoce rizikové skóre, riziko pádu zvýšeno pětinašobně	

(36)

Příloha č.51 Nástroj pro určení rizika pádů podle Škrly

Nástroj pro určení rizika pádu pacientů podle Škrly¹²⁸

Nástroj pro určení rizika pádu pacientů podle Škrly		
Pohyb	Neomezený	0
	S použitím pomůcek	1
	Potřebuje pomoc	1
	Neschopen pohybu	1
Vyprázdnování	Nepotřebuje pomoc	0
	Historie: nykturie/inkontinence	1
	Potřebuje pomoc	1

Medikace	Nemá rizikové léky	0
	Má léky ze skupiny: diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepany	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslové deficity	1
Mentální status	Pacient orientován a bystrý	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18 až 75	0
	75 a více	1
Vyhodnocení stupně rizik podle součtu bodů	Malé riziko pádu 1 - 3 body Střední riziko pádu 4 - 6 bodů Vysoké riziko pádu 7 - 9 bodů	

(36)

Příloha č.52 Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání

Ochota spolupracovat	Ochoten kontinuálně spolupracovat	0
	Spolupracuje na požádání	1
	Občas spolupracuje	2
	Nechce nebo nemůže spolupracovat	3
Současné plicní onemocnění	Nemá žádné	0
	Lehké infekce v oblasti nosu a úst	1
	Infekce v průduškách	2
	Plicní onemocnění	3
Prodělané plicní onemocnění	Neprodělal žádné	0
	V posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění	1
	V posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžkým průběhem	2
	Plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách	3
Porucha imunity	Není	0
	Lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí	1
	Výraznější porucha imunity	2
	Úplné selhání imunity	3
Protracheální manipulace	Žádné výkony v dýchacích cestách	0
	Ošetrovatelské výkony v nose a v ústech	1
	Oronasální odsávání	2

	Endotracheální odsávání	3
Kuřák/pasivní kuřák	Nekouří a nebývá v zakouřené místnosti	0
	Méně než 6 cigaret denně/bývá v zakouřené místnosti	1
	Kouří denně 6-15 cigaret denně/v blízkém okolí jsou kuřáci	2
	Intenzivní kuřák	3
Bolest	Nemá	0
	Lehké trvalá bolest	1
	Silnější bolest bez vlivu na dýchání	2
	Silná bolest ovlivňující dýchání	3
Porucha polykání	Žádná	0
	Porucha polykání tekutin	1
	Porucha polykání tekuté a kašovitě stravy	2
	Porucha polykání veškeré stravy a slin	3
Omezení pohybu	Žádné	0
	Porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla	1
	Pobyt na lůžku,pouze sezení v křesle	2
	Úplné omezení pohybu,pouze na lůžku	3
Povolání ohrožující plíce	Nevykonává takové povolání	0
	Pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrožující plíce	1
	Pracoval 2-10 let v zaměstnání ohrožující plíce	2
	Více než 10 let ve zvláště exponovaném prostředí	3
Intubační narkóza/respirátor	Nebyly v posledních 3 týdnech	0
	Krátká intubační narkóza (do 2 hodin)	1
	Déletrvající narkóza (nad 2 hodiny)	2
	Několik narkóz nebo napojení delší než 12 hodin	3
Stav vědomí	Při vědomí	0
	Somnolence	1
	Sopor	2
	Koma	3
Hloubka dechu	Dýchá bez námahy	0
	Dýchá namáhavě	1
	Těžká dušnost	2
Dechová frekvence	14-20 dechů/min.	0
	Přechodně nepravidelná tachypnoe / bradypnoe	1
	Pravidelná trvalá tachypnoe / bradypnoe	2
	Pravidelné patologické,hluboké nebo povrchní dýchání / střídání tachypnoe a bradypnoe	3
Léky tlumící dýchání	Žádné nedostává	0
	Občas dostává léky tlumící dýchání	1
	Pravidelně dostává léky tlumící dýchání	2
	Dostává léky s výrazným tlumícím účinkem např.	3

Hodnocení:

Bodové vyhodnocení	
00-06	Není ohrožen
07-15	Ohrožen
16-45	Vysoce ohrožen (eventuálně poruchy dýchání jsou již přítomny)

Zápis:

Datum:	Celkem Bodů:	Podpis sestry:
--------	--------------	----------------

((35))

Příloha č.53 Downes score

Hodnocení stupně dechové nedostatečnosti při obstrukci HCD

Příznaky	0 bodů	1 bod	2 body
Dýchací šelesty	Normální	Drsné	Oslabené
Stridor	Není	Inspirační	Smíšený
Kašel	Není	Drsný	Štěkavý
Zatahování mezižebří	Není	Zatahování jugula, nadklíčkových jamek, alární souhyb	Jako v bodě 1+ zatahování podžebří a mezižebří
Cyanóza	Není	Přítomna při FiO ₂ 20%	Přítomna při FiO ₂ 40%

Hodnocení:

4 – 7 bodů	Snížená průchodnost HCD
7 a více bodů	(+laboratorní hodnoty paCO ₂ 6,0 kPa více a paO ₂ 9,3 kPa a méně) projevy akutní dechové nedostatečnosti, které jsou indikací k endotracheální intubaci a

Hodnocení stupně dechové nedostatečnosti při obstrukci DCD

Příznaky	0 bodů	1 bod	2 body
Dýchací šelesty	normální	oslabené	Neslyšitelné
Zapojení pomocných	Není	Mírné	Maximální
Vrzoty, pískoty ve	Nejsou	Ojedinelé	Maximální
Stav vědomí	Normální	Útlum – neklid	Bezvědomí
Cyanóza	Není	Přítomna při FiO ₂ 20%	Přítomna při FiO ₂ 40%
paO ₂	9,3 – 13,3 kPa	9,3 kPa	9,3 kPa

Hodnocení:

5 – 7 bodů a více	Snížená průchodnost DDC
7 bodů a více	Intubace, laváž DC, UPV

(27)

Příloha č.54 Hodnocení závažnosti astmatu
(klinické známky před zahájením léčby)

Stupeň	Příznaky	Noční příznaky	PEF
4 těžké perzistující	Trvalé příznaky Omezená fyzická aktivita	Velmi časté	< 60% náležité hodnoty Variabilita > 30%
3 středně těžké perzistující	Každodenní příznaky Denní potřeba beta ² -mimetik Záchvaty narušující běžnou činnost	> 1x týdně	60-80% náležité hodnoty Variabilita > 30%
2 Lehké perzistující	>1x týdně, ale < 1x denně	> 2x měsíčně	> 80% náležité hodnoty Variabilita 20-30%
1 Intermitentní	< 1x týdně Žádné příznaky a normální funkce plic mimo záchvaty	< 2x měsíčně	> 80% náležité hodnoty Variabilita < 20%

Přítomnost jednoho ze znaků stačí pro zařazení nemocného do příslušného stupně

Příloha č.55 Apgar score

Apgar score je hodnocením stavu novorozence bezprostředně po porodu

Kriteria novorozence	SKÓRE			1.min	5.min	10.min
	0	1	2			
Apgar score						
Dýchání - Dech	Nepřítomen	Ztížený, nepravidelný, bradypnoe	Pravidelné, dostatečné, křik			
Srdeční frekvence - Pulz	Nepřítomný, neslyšné ozvy. nehmatný tep	Pod 100 tepů /min	Nad 100 tepů /min			
Svalový tonus	Bez spontánní aktivity,(Atonie),ochablý pohyb	Těžkopádný, flexe končetin	Čilí aktivní spontánní pohyb			
Vzhled a barva kůže	Modrá (cyanotická), bledá	Akra modrá, akrální cyanóza (Akrocyanóza), jinak trup růžový	Celé tělo růžové			
Reflexy-reakce na odsátí	Nepřítomné	Šklebí se, grimasy	Hlasitý křik, kašel, kýchání			

Hodnocení:

- Maximum bodů:
 - 10 = zdravý čilý novorozenec
 - 09 – 10 = uspokojivá hodnota
 - 07 – 08 = vyžaduje přechodnou podporu adaptace
 - méně jak 07 = vyžaduje resuscitaci novorozence
 - 0 = klinické známky smrti
- Minimum bodů:

(4)

Příloha č.56 GORISOVO SCHÉMA

Dysfunkce	Ventilační podpora s PaO ² /FiO ² větší než 250 ,PEEP pod 5 toor
	Ventilační podpora s PaO ² /FiO ² menší než 250 ,PEEP nad 5 toor
Dysfunkce	Kreatinin větší než 170mmol/l
	Je dáno indikací eliminace
Dysfunkce	Bilirubin 34 až 101 mmol/l nebo AST,ALT nepřesahující trojnásobek normy
	Bilirubin nad 102 mmol/l nebo ALT,AST přesahující trojnásobek normy
Dysfunkce	Hypotenze reagující na objemovou náhradu nebo dopamin/dobutamin pod 10g/kg/min
	Trvající hypotenze při adekvátní volemií a s podporou nad 140g/kg/min dopaminem/nebo dobutaminem
Dysfunkce	Destičky pod 50 000 a/nebo leukocyty 30 až 60x10 ³ /mm ³
	Hemoragická diatéza nebo leukocyty pod 2500 nebo nad 60 000
Dysfunkce	Krvácení do GIT bez nutnosti transfuze
	Krvácení do GIT s nutností transfuze
Dysfunkce	GCS 11 až 9
	GCS pod 8

Je zjištěno,že projevy selhávání každého jednotlivého systému zvyšují riziko úmrtí o 15% až 20%.

(10)

Příloha č.57 Dotazník sexuálního zdraví muže

Dotazník sexuálního zdraví muže - IIEF - 5¹³⁶
(pro určení stupně ED/erektilní dysfunkce).

Dotazník IIEF – 5						
1. Jak byste hodnotil svou důvěru v možnost dosažení a udržení erekce?		Velmi nízká 1	Nízká 2	Střední 3	Vysoká 4	Absolutní 5
2. Pokud u vás došlo při sexuální stimulaci k erekci, jak často byla dostatečná k penetraci (pohlavnímu styku)?	Neměl jsem žádnou sexuální aktivitu 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojedinele (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy / vždy 5
3. Pokud u vás došlo k pohlavnímu styku, jak často jste byl schopen udržet erekci i po	Žádný pokus o penetraci 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojedinele (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5

(36)

Příloha č.58 Hodnocení intenzity stresové inkontinence podle Inglemanna-Sundberga

Hodnocení intenzity stresové inkontinence podle Inglemanna-Sundberga.	
I.stupeň	Moč odkapává při kašli, smíchu nebo těžké námaze
II.stupeň	Moč uniká při práci, chůzi a při pohybech
III.stupeň	Moč uniká i v klidu nebo v leže

(36)

Příloha č.59 Klasifikace hypertenze

	Systolický tlak	Diastolický tlak
Hypertenze	≥ 140 mm Hg	≥ 90 mm Hg
Hypertenze mírná	141 mm Hg – 180 mm Hg	91 mm Hg – 105 mm Hg
Hypertenze středně závažná	181 mm Hg – 199 mm Hg	106 mm Hg – 114 mm Hg
Hypertenze těžká	≥ 200 mm Hg	≥ 115 mm Hg

(28)

Příloha č.60 Funkční klasifikace podle NYHA

(týká se pacientů se srdečním onemocněním, obtíže: únava, palpitace, dušnost, angína pectoris)

NYHA I.	Bez omezení při fyzické aktivitě. Běžná aktivita nepůsobí obtíže.
NYHA II.	Mírné omezení fyzické aktivity. Běžná aktivita působí obtíže
NYHA III.	Výrazné omezení fyzické aktivity. Bez obtíží v klidu, menší než běžná fyzická aktivita působí obtíže.
NYHA IV.	Neschopnost fyzické aktivity.. Symptomy v klidu zhoršující se fyzickou aktivitou.

(35)

Příloha č.61 **Klinická klasifikace chronické venozní insuficience**

Třída:		
Tř.0	Bez viditelných projevů žilního onemocnění	
Tř.1	Teleangiektázie,varikozity,retikulární žíly	
Tř.2	Křečové žíly	
Tř.3	Otoky bez kožních změn	
Tř.4		a.) pigmentace
		b.)ekzém
		c.) lipodermatoskleróza
	Tř.5	Uvedené kožní změny (Tř.4) se zhojenou ulcerací
Tř.6	Uvedené kožní změny (Tř.4) s aktivní ulcerací	

(35)

Příloha č.62 **Klasifikace zrakového postižení podle WHO**

Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Položka	Druh zdravotního postižení	
1.	Střední	slabozrakost
	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1	
2.	Silná	slabozrakost
	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2	
3.	Těžce	slabý zrak
	a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů	
4.	Praktická	nevidomost
	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4	
5.	Úplná	nevidomost
	ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5	

(33)

Příloha č.63 **Kriteria hodnocení tíže /toxicity/**
(v modifikaci podle WHO) při chemoterapii

Toxicita/tíha	0.stupeň	1.stupeň	2.stupeň	3.stupeň	4.stupeň
Nauzea	Nemá obtíže	Pociťuje obtíže bez vlivu na příjem potravy	Pociťuje obtíže, může jíst ale zřetelně méně	Pociťuje obtíže, nemůže vůbec jíst	Pociťuje velké obtíže, nemůže vůbec polykat ani tekutiny
Zvracení	Není	01 krát za 24 hodin	02-05 krát za 24 hodin	06-10 krát za 24 hodin	Více než 10 krát za 24 hodin

(36)

Příloha č.64 **NIH stroce scale**
(Iktová škála národních zdravotních ústavů v Bethesda, Maryland)
 /Umožňuje sledovat vývoj onemocnění v závislosti na léčebných postupech/

01			
	a		
	0		Bdělý
	1		Není bdělý, ale probuditelný minimálním stimulem
	2		Není bdělý, nutná opakovaná stimulace k pozornosti
	3		Koma
	b	Dotaz na současný měsíc a věk klienta	
	0		Na obojí odpoví správně
	1		Na jedno odpoví správně
	2		Na obojí odpoví špatně
	c	Výzva na otevření a zavření očí	
	0		Obojí provede správně
	1		Jedno provede správně
	2		Obojí provede špatně
02	Zorné pole		
	0		Bez výpadku zorného pole
	1		Částečná hemianopie
	2		Úplná hemianopie
	3		Oboustranná hemianopie včetně kortikální slepoty
03	Nejlepší pohled (pouze horizontální pohyb očí)		
	0		Normální
	1		Částečná paréza pohledu
	2		Nucená deviace bulbů
04	Paréza lícního nervu		
	0		Bez parézy
	1		Lehká paréza (vyhlazená nazolabálním rýha, asymetrie cenění)
	2		Částečná paréza
	3		Kompletní plegie na jedné nebo obou stranách
05	Motorika (pravá a levá noha se hodnotí samostatně)		

		PDK	LDK	
		0	0	Normální-udrží extenzi nad 10s bez poklesu
		1	1	Pokles
		2	2	Malá síla,proti gravitaci
		3	3	Žádná síla proti gravitaci
		4	4	Žádný pohyb
		9	9	Nelze testovat-ankylóza nebo amputace
06	Motorika (Pravá a levá ruka se hodnotí samostatně)			
		PHK	LHK	
		0	0	Normální-udrží extenzi nad 10s bez poklesu
		1	1	Pokles
		2	2	Malá síla,proti gravitaci
		3	3	Žádná síla proti gravitaci
		4	4	Žádný pohyb
		9	9	Nelze testovat-ankylóza nebo amputace
07				
		0		Není ataxie
		1		Přítomna na jedné končetině
		2		Přítomna na dvou končetinách
08	Řeč (popsat obrázek,pojmenovat běžné předměty,přečíst věty)			
		0		Není afazie
		1		Lehká až střední afazie
		2		Těžká afazie
		3		Totální afazie
09	Vnímání /čítí/ (špendlíkem se testují paže,nohy,trup a obličej)			
		0		Normální
		1		Lehká až střední porucha citlivosti
		2		Těžká až kompletní porucha čítí
10	Percepce a pozornost			
		0		Normální
		1		Nepozornost či ztráta percepce na oboustranou současnou stimulaci
		2		Těžký lateralizovaný neglect na více než jednu modalitu
11	Dysartrie (přečtení několika předložených vět)			
		0		Normální artikulace
		1		Mírné až lehké komolení slov
		2		Téměř nesrozumitelná řeč,nebo není schopen mluvit
		3		Intubace nebo jiná fyzikální překážka
Score:				

(36)

Příloha č.65 Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu

Otázky:		0 bodů	1 bod	2 body	3body
01.	Jak brzo po probuzení si zapalujete svoji první cigaretu	Po 60 min.	Za 31 až 60 min.	Za 6 až 30 minut	Do 5 minut
02.	Je pro vás těžké nekouřit v místech kde je to zakázáno?(Kino,sport,kostel,hala...)	Ne	Ano		
03.	Která cigareta vás nejvíce uspokojí?	Kterákoliv kromě první	První ráno		
04.	Kolik cigaret vykouříte za den?	10 nebo méně	11 - 20	21 - 30	31 a více
05.	Kouříte v průběhu dopoledne více,než v ostatním denním čase?	Ne	Ano		
06.	Kouříte,i když jste nemocný a většinu dne jste na lůžku?	Ne	Ano		
07.	Jaký obsah nikotínu mají cigarety, které kouříte?	Méně jak 0,5 mg	0,6 – 1,1 mg	Více jak 1,1 mg	
08.	Jak často vdechujete (šlukujete) cigaretový dým?	Nikdy	Někdy	Vždy	

Hodnocení:

FTQ body:	Vyhodnocení:
00 - 04 body	Neznamená závislost na nikotínu
05 - 06 bodů	Střední závislost na nikotinu
07 – 09 bodů	Silná závislost na nikotinu
10 – 11 bodů	Velmi silná závislost na nikotinu

(35)

Příloha č.66 Skóre rizika DM

Skóre rizika DM 2.typu	
(maximální hodnota 20, výrazné riziko 13 a více, mírné riziko 9 – 12)	
Charakteristika klienta (pacienta)	Počet bodů
Věk 45 – 54	2
Věk 55 – 64	3
BMI 25 – 30	1
BMI nad 30	3
Obvod pasu muži 94 – 102 cm, ženy 80 – 88 cm	3
Obvod pasu muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm	4
Užívání léků pro hypertenzi	2
Vyšší hladina cukru v krvi zjištěná po předchozí anamnéze	5
Fyzická aktivita méně než 4 hodiny týdně	2
Méně než každodenní příjem ovoce a zeleniny	1

(13)

Příloha č.67 Sepsis score

Barva kůže:	Normál=0	Mírně změněná=2	Značně změněná=4
Mikrocirkulace:	Normál=0	Zhoršená=2	Značně zhoršená=4
Metabolická acidóza:	Nad 7,35=0	7,2-7,35=1	Pod 7,2=2
Svalový tonus:	Normál=0	Hypotonie=1	Atonie=2
Bradykardie:	Ne=0	Ano=1	
Apnoické pauzy:	Ne=0	Ano=1	
RDS:	Ne=0	Ano=2	
Játra:	0-2cm=0	2-4cm=0,5	Nad 4cm=1
GIT symptomy:	Žádné=0	Ano=1	
Leukocyty:	Normál=0	Leukocytóza=1	Leukopenie=3
Posun do leva:	Žádný=0	Mírný=2	Značný=3
Trombopenie:	Ne=0	Ano=2	
Celkem:	0-4,5 (negativní)	4,5-10 (observace)	Přes 10 (pozitivní)

(35)

Příloha č.68 Hodnocení infekce v ráně

I.Tradiční ukazatelé

I	Erytém
II	Otok
III	Lokální bolestivost
IV	Zvýšená teplota v místě rány
V	Celulitis
VI	Absces
VII	Výpotek

VIIa	Serózní výpotek se známkami zánětu
VIIb	Seropurulentní exudát
VIIc	Hemopurulentní exudát
VIIId	Hnis

II. Další kritéria

I	Zpomalené hojení
II	Změna barvy rány
III	Křehká granulační tkáň, která snadno krvácí
IV	Tvorba „Kapes“ na bázi rány
V	Tvorba můstků v epitelizační tkáni
VI	Abnormální zápach
VII	Rozpad rány

III. Výpočet doby hojení rány

Doba hojení u laparotomie = $(WD \times 1,19) + 3,6$ dnů
Doba hojení u excise pilonidálního sinu = $(WD \times 1,23) + 4,3$ dnů
Doba hojení u axilární excise = $(WD \times 0,76) + 6,7$ dnů
(WD je rozměr rány a je to buď šířka nebo hloubka rány podle toho který tento rozměr je větší

(26)

Příloha č.69 Somatická zralost dle Ballarda

	0	1	2	3	4	5
Kůže	průsvitná, červená, prosáknutá	jemná, růžová, viditelné žilky	s povrchní slupkou nebo výrážkou	rozpraskaná, bledá místa, málo žil	pergamenovitá, rozpraskaná, žádné žíly	hrubá, rozpraskaná, vrásčitá
Lanugo	chybí	hojné	řídne	holá místa	převážně vymizelé	
Rýhy na ploškách	žádné	slabě patrné, červené	jen v přední 1/3 plošky	v předních 2/3 plošky	četné po celé plošce	
Prsní žláza	známky sotva patrné	plochý dvorec bez bradavky	zrnitý dvorec, bradavka a 1-2 mm	vyklenující se dvorec, bradavka 3-4 mm	dokonalý dvorec, bradavka 5-10mm	
Ucho	ploché boltec, žádná elasticita	lehce formovaný boltec, dobrá elasticita	lépe formovaný boltec, dobrá elasticita	pevný boltec, velmi dobrá elasticita	boltec se slabou chrupavkou, tuhé ucho	

Genitál chlapec ý	bez rýh na skrotu		testes sestupující,mál o rýh na skrotu	testes vstoupplá,dobr é rýhování	testes plně vstoupplá,hlupok é rýhy	
Genitál dívčí	klitoris a labia minora prominují		labia majora i minora prominují stejně	labia majora prominují více	klitoris i labia minora jsou kryty stejně	

(4)

Příloha č.70 Klasifikace klinické manifestace alergie na včelí a vosí jed

Stupeň	Označení reakce	Příznaky
0	Velká lokální	Významný lokální otok přesahující 2 sousední klouby trvající více jak 24 hodin
I	Mírná celková	Generalizovaná urtika,svědění,nevolnost nebo úzkost
II	Celková	Některý příznak z výše uvedených a nejméně dva z následujících: <ul style="list-style-type: none"> - generalizovaný otok - sevření na hrudi - bolesti břicha - průjem - nauzea - zvracení - závratě
III	Těžká celková	Některý příznak z výše uvedených a nejméně dva z následujících: <ul style="list-style-type: none"> - dysartrie - stridor - dyspnoe - sípání - dysfagie - zmatenost - pocit hrozící smrti
IV	Šoková	Některý příznak z výše uvedených a nejméně dva z následujících: <ul style="list-style-type: none"> - pokles tlaku - kolaps - inkontinence - bezvědomí - cyanóza - anafylaktický šok

(35)

Příloha č. 71 Statistické testování – STATGRAPHIC

Hypotéza 1 – otázka č. 6

Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO – chirurgie 35, interna 42 = 77

Odpovědi NE/SPÍŠE NE – chirurgie 4, interna 6 = 10

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 0,6

Vzhledem k tomu, že P-hodnota pro test je větší nebo rovna 0,05, v úrovni spolehlivosti 95,0 % , nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu.

Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,407153, proto nepotvrzujeme hypotézu 1, a tím neprokazujeme, že všeobecné sestry na interním oddělení pracují s hodnotícími škálami více, než sestry na chirurgickém oddělení.

Hypotéza 1 – otázka č. 8

Odpovědi a, b, c, d, e – chirurgie 16, interna 18 = 34

Jiná kombinace odpovědí – chirurgie 23, interna 30 = 53

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 1,0

Vzhledem k tomu, že hodnota P pro zkoušku je větší než nebo rovna 0,05, nulová hypotéza nemůže být zamítnuta.

Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,13237, proto nepotvrzujeme hypotézu 1 a neprokazujeme, že všeobecné sestry na interním oddělení využívají hodnotící škály častěji, než sestry na chirurgickém oddělení.

Hypotéza 1 – otázka č. 14

Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO – chirurgie 22, interna 41 = 63

Odpovědi NE/SPÍŠE NE – chirurgie 17, interna 7 = 24

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 0,5

Vzhledem k tomu, že hodnota P pro zkoušku je větší než nebo rovna 0,05, nulová hypotéza nemůže být zamítnuta v 95,0 % spolehlivosti.

Hodnoty pro potvrzení hypotézy 1, jsou větší než nebo rovna 0,407153, proto nepotvrzujeme hypotézu 1. Nemůžeme prokázat, že všeobecné sestry na interním oddělení využívají více hodnotící škály pro hodnocení nutričního stavu než sestry na chirurgickém oddělení.

Hypotéza 1 – otázka č. 15

Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO – chirurgie 25, interna 27 = 52

Odpovědi NE/SPÍŠE NE – chirurgie 14, interna 21 = 35

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 0,999955

Vzhledem k tomu, že hodnota P pro zkoušku je větší než nebo roven 0,05, nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout v 95,0 % spolehlivosti.

Data pro prokázání hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,21962, nelze tedy potvrdit hypotézu 1 a tím prokázat, že všeobecné sestry na interním oddělení využívají více hodnotící škály pro hodnocení nutričního stavu než sestry na chirurgickém oddělení.

Hypotéza 1 – otázka č. 16

Odpovědi a+c+d – chirurgie 9, interna 12 = 21

Jiné odpovědi – chirurgie 30, interna 36 = 66

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 1,0

Vzhledem k tomu, že hodnota P pro zkoušku je větší než nebo roven 0,05, nulová hypotéza nemůže být zamítnuta v 95,0 % spolehlivosti.

Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,13237, proto nepotvrzujeme hypotézu 1 a nemůžeme prokázat, že všeobecné sestry na interním oddělení využívají více všech forem získávání informací pro vyplnění hodnotících škál než sestry na chirurgickém oddělení.

Hypotéza 2 – otázka č. 17

Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO – chirurgie 30, interna 39 = 69

Odpovědi NE/SPÍŠE NE – chirurgie 9, interna 9 = 18

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 2,34034E-8

Protože P-hodnota pro test je menší než 0,05, zamítáme nulovou hypotézu na 95,0% hladině spolehlivosti. Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,705393, proto potvrzujeme hypotézu 1. Tím prokazujeme, že četnost sester, které odpověděli ano/spíše ano na otázku, jestli je na jejich pracovišti vyžadováno, aby podle výsledků hodnotících škál sestavovali ošetrovatelský plán a ošetrovatelské diagnózy je větší, než četnost sester, které na danou otázku odpověděli ne/spíše ne.

Hypotéza 2 – otázka č. 18

Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO – chirurgie 35, interna 42 = 77

Odpovědi NE/SPÍŠE NE – chirurgie 4, interna 6 = 10

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 6,79539E-9

Protože P-hodnota pro test je menší než 0,05, zamítáme nulovou hypotézu na 95,0% hladině spolehlivosti. Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,818657, proto potvrzujeme hypotézu 1. Tím prokazujeme, že četnost sester, které odpověděli ano/spíše ano na otázku, jestli jsou schopny na základě výsledků hodnotících škál sestavit ošetřovatelskou diagnózu je větší, než četnost sester, které na danou otázku odpověděli ne/spíše ne.

Hypotéza 2 – otázka č. 19

Odpovědi ANO/SPÍŠE ANO – chirurgie 35, interna 45 = 80

Odpovědi NE/SPÍŠE NE – chirurgie 4, interna 3 = 7

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 6,79536E-9

Protože P-hodnota pro test je menší než 0,05, zamítáme nulovou hypotézu na 95,0% hladině spolehlivosti. Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,854748, proto potvrzujeme hypotézu 1. Tím prokazujeme, že četnost všeobecných sester, které odpověděli ano/spíše ano na otázku, jestli jsou schopny pomocí výsledků hodnotících škál sestavit ošetřovatelský plán je větší než četnost všeobecných sester, které odpověděli na danou otázku ne/spíše ne.

Hypotéza 3 – otázka č. 9

Odpověděli a+b+c – chirurgie 23, interna 30 = 53

1-2 typy odpovědí – chirurgie 16, interna 18 = 34

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 1,09708E-8

Vzhledem k tomu, že hodnota P pro zkoušku je menší než 0,05, v úrovni spolehlivosti 95,0 % zamítáme nulovou hypotézu.

Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,716371, proto potvrzujeme hypotézu 1, a tím prokazujeme, že četnost ošetřovatelských dokumentací obsahujících všechny uvedené oblasti hodnotících škál je větší než četnost ošetřovatelských dokumentací, které všechny uvedené oblasti hodnotících škál neobsahují.

Hypotéza 3 – otázka č. 10

Odpověděli a+b+c – chirurgie 35, interna 42 = 77

Odpovědi d – chirurgie 4, interna 6 = 10

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 6,79539E-9

Vzhledem k tomu, že P-hodnota pro test je menší než 0,05 v úrovni spolehlivosti 95,0 %, zamítáme nulovou hypotézu.

Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,818657, proto potvrzujeme hypotézu 1, a tím prokazujeme, že četnost ošetrovatelských dokumentací, které obsahují všechny uvedené škály je větší než četnost ošetrovatelských dokumentací, které všechny uvedené škály neobsahují.

Hypotéza 4 – otázky č. 3

Odpovědi ANO/SPIŠE ANO – chirurgie 8, interna 5 = 13

Odpovědi NE/SPIŠE NE – chirurgie 8, interna 6 = 14

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 0,778966

Vzhledem k tomu, že P- hodnota pro test je větší než nebo rovno 0,05, nemůže být nulová hypotéza zamítnuta na 95,0 % hladině spolehlivosti. Protože data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,276213, zamítáme hypotézu 1. Tím neprokazujeme, že četnost lékařů, kteří odpověděli ano/spíše ano je větší, než četnost lékařů, kteří odpověděli ne/spíše ne na otázku, jestli nahlízejí na svém pracovišti do ošetrovatelské dokumentace svých pacientů.

Hypotéza 4 – otázky č. 4

Odpovědi ANO/SPIŠE ANO – chirurgie 11, interna 7 = 18

Odpovědi NEVÍM – chirurgie 5, interna 4 = 9

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greather than

P-Value – 0,0610391

Protože P-hodnota vzorku pro test je větší než nebo rovno 0,05, nemůže být nulová hypotéza zamítnuta. Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna jsou větší než nebo rovno 0,493911, proto nepotvrzujeme hypotézu 1, a tím neprokazujeme, že četnost lékařů, kteří mají

praxi s hodnotícími škálami je větší, než četnost lékařů, kteří nevědí, jestli mají praxi s hodnotícími škálami.

Hypotéza 4 – otázky č. 7

Odpovědi ANO/SÍŠE ANO – chirurgie 13, interna 7 = 20

Odpovědi NEVÍM – chirurgie 3, interna 4 = 7

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greater than

P-Value – 0,00957865

Protože P-hodnota pro test je menší než 0,05, je nulová hypotéza zamítnuta na 95,0% hladině spolehlivosti. Data pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,566906, potvrzujeme hypotézu 1, a tím prokazujeme, že četnost lékařů, kteří mají povědomí o tom, zda jsou hodnotící škály na jejich pracovišti součástí ošetrovatelské dokumentace je větší, než četnost lékařů, kteří na danou otázku odpověděli nevim.

Hypotéza 4 – otázky č. 8

Odpovědi ANO/SÍŠE ANO – chirurgie 11, interna 9 = 20

Odpovědi NEVÍM – chirurgie 5, interna 2 = 7

Null Hypothesis (H0) – 0,5

Alternative Hypothesis (H1) - greater than

P-Value – 0,00957865

Protože P-hodnota pro test je menší než 0,05, zamítáme nulovou hypotézu. Data, pro potvrzení hypotézy 1 jsou větší než nebo rovna 0,566906, proto potvrzujeme hypotézu 1. Tím prokazujeme, že četnost lékařů, kteří již využili při své práci výsledky hodnotících škál je větší, než četnost lékařů, kteří neví, jestli už někdy výsledky využili.

Studentův párový t -test

Testujeme tak hypotézu $H_0 : \mu_d = \mu_1 - \mu_2 = 0$. Testovým kritériem je statistika:

$$t = \frac{\bar{d}}{s_d} \sqrt{n} .$$

1. Zformulovat hypotézy: H_0 vs. H_A .
2. Stanovit hodnotu α , nejčastěji volíme $\alpha = 0,05$ nebo $\alpha = 0,01$.
3. Zvolit adekvátní testové kritérium a stanovit hodnotu testového kritéria
4. Zjistit zda $T \in \mathcal{K}$ nebo zda $p\text{-value} \leq \alpha$
5. Závěr